SYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

ANESTHESISTES - REANIMATEURS

La charge de travail du praticien hospitalier Anesthésiste-Réanimateur

Conseil d'Administration *5ème Séminaire* *26 - 30 mai 1999*

Sommaire page 2

Organisation

R.Chacornac, M.A. Doppia, M.Dru, J.Garric, Ch.Ch. Miellet

SNPHAR

« la charge de travail du Praticien Hospitalier Anesthésiste – Réanimateur »

SOMMAIRE

Pour atteindre la page cliquer sur la ligne. Pour revenir au sommaire cliquer sur les titres.

« L'intendance suivra » ne peut suffire à gérer l'Anesthésie - réanimation ..... R. Chacornac **5**

La durée du travail, lexique, mode d'emploi et mise en perspective des différentes réglementations ..... *JL. Guinaud* **7**

Evaluation de la charge de travail en Anesthésie-Réanimation ..... *A. Bocca* *25*

Conditions de travail des Anesthésiologistes en Europe ..... *M. Dru* *33*

L'analyse de la charge de travail, un point de vue sociologique : A la découverte des logiques d'action ..... *G. Herreros* *35*

De la formation continue comme exigence éthique professionnelle : la vérification de la qualité des soins, l'accréditation et la certification ..... *R. Domergue* *41*

Intégration des démarches d'évaluation dans la charge de travail ..... *C. Bauwens* *43*

Délimitation de la place de l'Anesthésiste – Réanimateur hospitalier dans la production de soins ..... *J. Garric* *48*

Hôpitaux de proximité, inter assistance : palliatif ou long cours ? ..... *D. Réa* *53*

Contraintes et charge de travail en Anesthésie - Réanimation ..... *M. Dru* *61*

Adaptation de la charge de travail à la demande de soins ..... *J.M. Clement* *67*

Données récentes en ergonomie dans le monde hospitalier et plus particulièrement en Anesthésie - Réanimation ..... *A. Lafferrerie* *71*

Anesthésiste - Réanimateur et législation du travail : aspect psychosociologique ..... *P. Dassier* *89*

Charge de travail, conditions de travail et morbidité en Anesthésie - Réanimation. Réalités ou états d'âme ? ..... *M.A. Doppia* *97*

Charge de travail, conditions de travail, et morbidité en Anesthésie-Réanimation ..... *M. Vézina et L. Saint-Arnaud* *107*

Fonction du PHAR : la question de l'enseignement et de la recherche ..... *N. Clavier* *121*

Propositions pour l'Anesthésie - Réanimation en particulier et l'hôpital en général ..... *R. Torrielli* *131*

Charge de travail, coût et qualité des soins des structures hospitalières ..... *J.M. Clement* *135*

LISTE DES PARTICIPANTS

Intervenants extérieurs au SNPHAR

Jean Marie Clément
Professeur de Droit à l'Université Paris VIII, ancien Directeur d'Hôpital, membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

Gilles Herreros
Maître de Conférences en Sociologie, Université Louis Lumière, Lyon II. Membre du GLYSI (CNRS).

Annie Lafferrerie
Docteur en psychologie, Ergonome, Maître de Conférence Chaire de Psychopathologie du Travail au Conservatoire National des Arts et Métiers (Pr Dejours)

Louise Saint-Arnaud
Psychologue, Chercheur sur les impacts sociaux et psychologiques du travail (Centre de Santé publique du Québec), Doctorat en Sciences Biomédicales, Université de Montréal

Michel Vézina
Professeur titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval à Québec, Directeur de Santé publique de la région de Québec.

Médecins Anesthésistes - Réanimateurs membres du SNPHAR

Jean Claude	**Barrière**	Hôpital Trousseau	Tours
Catherine	**Bauwens**	Hôpital Boucicaut	Paris
Alain	**Bocca**	Hôpital De La Tronche	Grenoble
Roger	**Chacornac**		Lyon
Nathalie	**Clavier**	Hôpital Lariboisière	Paris
Patrick	**Dassier**	Hôpital Broussais	Paris
Richard	**Domergue**	Hôpital La Timone	Marseille
Max André	**Doppia**	Hôpital Côte De Nacre	Caen
Michel	**Dru**	Hôpital Henri Mondor	Créteil
Jean	**Garric**	Hôpital Central	Nancy
Jean Luc	**Guinaud**	Hôpital Nord	Amiens
Claude	**Lapandry**	Hôpital Avicenne	Bobigny
Ch.Ch.	**Miellet**	Hôpital Edouard Herriot	Lyon
Didier	**Rea**	Hôpital De La Source	Orléans
Richard	**Torrielli**	Hôpital Pellegrin	Bordeaux
Claude	**Wetzel**	Hôpital de Hautepierre	Strasbourg

“ L’INTENDANCE SUIVRA ”
NE PEUT SUFFIRE A GERER L’ANESTHESIE -REANIMATION.

Docteur Roger CHACORNAC*

L'Anesthésiste - Réanimateur a récemment fort heureusement bénéficié d'une définition réglementaire précise des conditions auxquelles doit répondre son environnement technologique et structurel (ce dont le SNPHAR s'est réjoui) pour assurer la sécurité du patient. Mais les facteurs humains, pouvant intervenir en ce domaine, n'ont guère été explorés mis à part la nécessité, reconnue par tous, d'actualiser régulièrement sa compétence et d'être parfaitement conscient des responsabilités morales et médico-légales du métier.

Les conditions de travail et les conséquences qu'elles peuvent avoir sur la qualité des soins, directement ou indirectement au travers de leurs incidences sur le comportement, la motivation et la psychologie du praticien et pourquoi pas sur sa vie, ont jusqu'à présent rarement été abordés. Pourtant nombre de "sites anesthésiques", souffrent encore de situations, héritées d' un vieux passé, susceptibles de compromettre l'efficacité de l'anesthésiste.

On peut évoquer quelques classiques du genre, en exemples non exhaustifs,:

La gestion des ressources humaines empreinte d’arbitraire, la distribution des effectifs médicaux aléatoire, sans vrais critères, les redéploiements de personnel soumis à des pressions et pouvoirs divers, l'abondance dans certains secteurs ayant pour symétrie la pénurie dans d’autres…..

L’organisation irrationnelle des plateaux techniques, l'inspiration individualiste qui préside aux programmations impromptues et à l’extension infinie des servitudes d’urgence en compliquant le “contrat de soin” de l'anesthésiste…

La difficulté de dialogue avec les praticiens “ clients ”, chacun cherchant à imposer son propre objectif, en ignorant délibérément les problèmes "d’intendance" et leurs éventuelles implications médico-légales pour le médecin anesthésiste.

L'anesthésiste exposé d'autant plus aux conflits qu’il exerce sa fonction dans le respect du patient et s'attache à rechercher des conditions de sécurité optimales….

L'anesthésiste - réanimateur "à tout faire” , acteur ambigu et malmené, intervenant transversal, aux activités démultipliées, souvent transparentes, noctambule hospitalier, à compétence variable au fil du nycthémère, enseignant sans statut, chercheur sans moyens, praticien sans bureau, sans secrétariat, et le plus souvent méconnu des notables de l'administration . ….

* *roger.chacornac@wanadoo.fr*

Certes la tendance actuelle évolue heureusement vers le refus, par défaut d'esprit d'initiative et de coopération diront les mauvaises langues, de ces états ubiquitaires, désintéressés et anonymes où, bien sûr, il aurait été malséant de comptabiliser temps, sommeil et pourquoi pas argent afin d'apparaitre vertueusement dévoué et parfaitement en accord avec une dialectique le plus souvent paternaliste. Mais des situations incohérentes perdurent et elles n'ont rien d'exceptionnel.

Il est donc intéressant d'ouvrir une réflexion englobant les différents composantes de la *charge de travail en Anesthésie et Réanimation hospitalière* :

- Durée,
- Contenu (soins directs et indirects, activités tributaires et associées),
- Adaptation à la demande,
- Variations liées aux modalités d'organisation, de communication,
- Conséquences sur les soins
- Incidences sur le praticien.

,Des intervenants extérieurs au SNPHAR, non anesthésistes, qualifiés en divers domaine , ergonomie, sociologie, psychopathologie du travail, organisation et gestion hospitalière, nous ont apporté un point de vue d'expert, qui parfois d'ailleurs peut apparaître divergent du notre .

L'objectif visé est d'affiner connaissances et analyses en ce vaste domaine, pour situer plus précisément la place du PHAR dans l'hôpital, ses conditions de travail, ce qu'elles sont, ce qu'elles devraient être et les possibilités d'évolution afin d'en tirer d'éventuelles orientations syndicales dans un souci constant d'amélioration de la qualité des soins.

Cet "exercice" n'a nullement la prétention de faire le tour du problème. Il faut bien au contraire le considérer comme une proposition d'ouverture de dialogue et de réflexion.

LA DUREE DU TRAVAIL

LEXIQUE , MODE D'EMPLOI ET MISE EN PERSPECTIVE DES DIFFERENTES REGLEMENTATIONS

DOCTEUR JEAN LUC GUINAUD [*]

Le statut de praticien hospitalier est particulier puisqu'il place le salarié :

- hors du cadre de la Fonction Publique au titre IV comme au titre II (Loi n° 84616 du 11 janvier 1984)
- hors de l'Ordonnance du 30 décembre 1958 ,
- et bien sûr hors du Code du Travail.

Aussi , la notion de **durée du travail** n'est nullement abordée ni dans le Décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié , ni dans l'arrêté du 15 février 73 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de gardes dans les hôpitaux publics , mais plutôt celles d'obligation de service , de service normal de jour et de service de garde.

Avec l'objectif d'éclairer le statut de PH à la lumière du droit du travail en France et en Europe, il a semblé utile, non pas de rechercher l'exhaustivité des différentes réglementations en matière de durée du travail, mais de mettre en perspective le Code du Travail , le titre IV de la Fonction Publique , la Directive Européenne 93/104/CE ou encore le Code de l'Aviation Civile, et cela , autour des thèmes suivant la durée légale et la durée maximale du travail , le travail effectif , les différents types de repos , les heures supplémentaires et le travail de nuit .

1. DUREE DU TRAVAIL : DEFINITIONS :

1.1. LE CODE DU TRAVAIL

Depuis l'ordonnance 82-41 du 16 janvier1982 la législation sur la durée du travail a subi de profondes modifications. C'est ainsi que :

- les partenaires sociaux ont désormais la faculté d'annualiser le temps de travail et ainsi, de déroger au cadre hebdomadaire du temps de travail.
- les accords d'entreprises sont privilégiés par le législateur qui oblige à négocier chaque année sur la durée et l'organisation du temps de travail.
- un accord peut dorénavant déroger à la loi sans pour autant être plus favorable aux salariés.La législation régissant la durée du travail accorde par ailleurs une très large priorité à la négociation. Syndicats et employeurs peuvent ainsi notamment :
- instituer des cycles de travail pour prendre en compte les variations habituelles de la charge de travail
- mettre en place des modulations d'horaire pour répondre aux fluctuations saisonnières ou conjoncturelles d'activité
- déroger à la règle du repos dominical pour permettre une utilisation continue des équipements de production

[*] *SAMU - Hôpital Nord - Amiens*

- procéder à un lissage de la rémunération pour éviter des différences importantes de rémunérations d'un mois à l'autre
- assouplir les règles du travail à temps partiel en augmentant le nombre d'heures complémentaires et en abrégeant le délai de notification d'un changement dans la répartition du temps de travail.

Le temps de travail effectif :

Jusqu'à la Loi du 13 juin 1998 , la durée du travail **(art L.212-4)** s'entend du travail effectif à l'exclusion du temps nécessaire à l'habillage et au casse-croûte ***ainsi que des périodes d'inaction***. Ces temps pourront toutefois être rémunérés conformément aux usages et aux conventions ou accords collectifs de travail.

Depuis cette loi , la durée de temps de travail effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles

1.2. LA FONCTION HOSPITALIERE PUBLIQUE (LIVRE IV DU CODE DE LA FONCTION PUBLIQUE)

La notion de travail effectif apparaît dans **l'ordonnance 82.272 art 1 du 26 mars 1982** et vient s'opposer au temps de permanence qui ne donne pas lieu à un travail effectif.

Cette durée est exclusive de toute pause interrompant le travail (repas, pause ...) à l'exception du temps de repas thérapeutique, c'est-à-dire du repas pris par les malades en présence et sous la surveillance des infirmiers.

1.3. LE STATUT DE PRATICIEN HOSPITALIER

La réglementation sur l'organisation du travail des praticiens hospitaliers s'articule autour de deux textes :

Le Décret 84-131 du 24 février 84 modifié

L'arrêté du 15 février 73 modifié

Il faut noter que cet arrêté ne concerne pas que les praticiens hospitaliers.
Cette notion de durée du travail n'apparaît pas comme telle dans le statut

1.4. LA DIRECTIVE EUROPEENNE 93-104

L'article 2 de la directive européenne 93/104/CE du 23 novembre 1993 définit le **temps de travail** comme toute période durant laquelle

le travailleur est au travail,

à la disposition de l'employeur

et dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions,

conformément aux législations et/ou pratiques nationales .

1.5. AUTRES

A plusieurs reprises, la Cour de Cassation a rendu des jugements précisant la **notion de travail effectif .**

Ainsi, est assimilable au temps de travail effectif le temps de travail pendant lequel un salarié est tenu de rester en permanence à la disposition de l'employeur pour les besoins de l'entreprise , peu

important que le local dans lequel il est tenu de demeurer dans l'entreprise soit également son logement de fonction **(cass . soc. 19 novembre 1996 N° 4387 D) .**

Ou encore la Cour de Cassation estimait , par l'**arrêt du 7 avril 1998** , que la durée du travail effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à ses occupations.

2 LA DUREE LEGALE DU TRAVAIL ET LA DUREE MAXIMUM

2.1. LE CODE DU TRAVAIL

La réglementation résulte de l'ordonnance du 16 janvier 1982 et de la Loi quinquennale pour l'emploi.

Code du travail , art. L. 212-1 et suivant et R.212-2 et suivant
D. 212-1 et suivant
Circulaire du 23 février1982
Décret n°92-1323 du 18 12 1992
Loi du 20 décembre 1993
Loi du 13 juin 1998
Circulaire du 24 juin 1998

2.1.1. La durée légale du travail effectif est fixée à 39 heures par semaine dans les établissements ou les professions mentionnées à l'article L.200-1 ainsi que dans les établissements artisanaux et coopératifs ou dans leurs dépendances. **(art L.212-1)**

2.1.2. La durée hebdomadaire absolue du travail ne peut dépasser 48 heures au cours d'une même semaine compte tenu des dérogations permanentes et temporaires , ainsi que des heures supplémentaires.

Des dérogations permanentes peuvent être accordées à titre exceptionnel mais ne peuvent avoir pour effet de porter à plus de 60 heures par semaine la durée du travail.

2.1.3. La durée moyenne hebdomadaire calculée sur une période de 12 semaines consécutives ne peut dépasser 46 heures réserve faite de certaines heures de dérogations exceptionnelles, et compte non tenu des heures de dérogation permanente.

2.1.4. Dans ces mêmes établissements et professions, la durée quotidienne du travail effectif par salarié ne peut excéder 10 heures, sauf dérogations dans des conditions fixées par décret.(art L.212-1)

2.1.5. La réduction du temps de travail

La Loi 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail doit conduire à une durée légale hebdomadaire de 35 heures.

La Circulaire du 24 juin 1998 précise que cette réduction du temps de travail devrait faciliter la mise en œuvre de l'organisation du travail prenant en compte les objectifs de qualité, de réactivité et d'efficience et les aspirations des salariés quant aux conditions et au contenu de leur travail et à l'organisation de leurs horaires.

2.2. LA FPH

Ordonnance 82-272 du 26 mars 82 (JO 28.3.82) (1)
Décret 82-870 du 6 octobre 82 (JO 13.10.82) (2)
Circulaire du 5 mars 1982 (3)
Circulaire 81-518 D du 31 décembre 81 (4)
Circulaire DH/FH3 n°91-68 du 23 décembre 91 (5)

L'organisation du temps de travail fait l'objet d'une réglementation spécifique en ce qui concerne la Fonction Publique Hospitalière. Deux textes importants, une ordonnance **(1)** et un décret **(2)** , fixent les grands principes pour concilier à la fois les garanties des agents et la nécessaire continuité des services.

A l'intérieur de ce cadre, les modalités précises de l'organisation du temps de travail peuvent varier dans les établissements ; elles sont intégrées dans le règlement intérieur de chacun d'entre eux.

2.2.1.La durée du travail effectif

La durée du travail effectif est fixée à 39 heures depuis le 1 janvier 1982 ; cette durée du travail s'applique aux personnels titulaires, stagiaires et contractuels**.(1)**

Cette durée est exclusive de toute pause interrompant le travail (repas, pause ...) à l'exception du temps de repas thérapeutique, c'est-à-dire du repas pris par les malades en présence et sous la surveillance des infirmiers**.(3)**

Cette durée de 39 heures est une durée moyenne :
« pour les équipes travaillant en alternance dans les services nécessitant une présence continue et qui de ce fait accomplissent chaque semaine des durées de travail différentes (soit supérieures, soit inférieures à 39 heures), la durée de travail de 39 heures devra être considérée comme une durée moyenne, la compensation ou la rémunération supplémentaire étant calculée sur un cycle, qui, de manière générale, ne devra pas être supérieure à 8 semaines ».

La durée de travail est parfois encore calculée sur 40 heures ; les personnels peuvent récupérer alors cette 40 ^{ème} heure en la cumulant dans la limite maximale d'une journée**.(4)**

Pour tenir compte de la pénibilité du travail de nuit (perturbation des rythmes biologiques, difficultés dans la vie familiale, isolement professionnel), il a été décidé dans le cadre d'un accord national en 1991 de considérer que le travail effectif accompli pendant 35 heures de nuit correspond à un travail accompli pendant 39 heures.**(5)**

2.2.2. La durée annuelle

Dans le cadre de la mise en œuvre des 35 heures de nuit, le Ministère a introduit par circulaire la notion de durée horaire annuelle du travail dans un double objectif de référence commune en matière de temps de travail pour les établissements et de plus grande souplesse de gestion du temps de travail ; cette durée horaire annuelle de travail est de 1716 heures par an dans le régime des 39 heures et de 1540 heures pour le régime des 35 heures.

Une expérimentation de l'annualisation du service à temps partiel dans la fonction publique hospitalière est en cours.

2.2.3. La durée quotidienne

Pour les équipes de jour, la durée est de 9 h au maximum en travail continu.

En cas de travail discontinu, l'amplitude maximum est de 10 heures et 30 minutes, chacune des deux vacations ne pouvant être inférieure à 3 heures.
Pour les équipes de nuit, la durée maximale est de 10 heures.

2.3. LE STATUT DE PH

La réglementation sur la durée ou l'organisation du temps de travail des praticiens hospitaliers s'articule autour de deux textes ,

- ***Le Décret 84-131 du 24 février 84 modifié***
- ***L'arrêté du 15 février 73 modifié***

.

2.3.1. L'article 30 du décret 84-134 fixe le service normal hebdomadaire à dix demi-journées, éventuellement réparties entre plusieurs établissements.

Les praticiens régis par le présent décret ont la responsabilité de la permanence des soins (art31).A ce titre, ils doivent en particulier :

- assurer les services quotidiens du matin et de l'après-midi;
- participer aux différents services de gardes et astreintes donnant lieu soit à récupération, soit à l'indemnité prévue au 2° de l'article 28;
- effectuer les remplacements imposés par les différents congés, dans les conditions fixées par l'article 3

2.3.2. L'art. 2 de l'arrêté de 73 précise le contenu et les modalités du service normal de jour

Le service normal de jour comprend :

- les services médicaux quotidiens du matin et de l'après-midi de chacun des six jours ouvrables auprès des malades hospitalisés et des consultants externes;
- les activités d'enseignement dissociables des activités de soins et effectuées hors de l'établissement pendant le temps dû au service;
- les autres activités extra- hospitalières assurées par les praticiens de l'hôpital dans les organismes liés par convention, notamment en application de l'article 25 de la loi susvisée du 31 juillet 1968;
- pour les praticiens exerçant à plein temps, les activités de secteur privé prévues par les textes réglementaires.

Il découle de l'arrêté de 73 mais aussi du décret 84- 134 que l'ensemble des besoins du service normal de jour est couvert par les **dix demi journées** dues par les praticiens à plein temps, sous réserve des dispositions de l'article 13 ci-dessous, par les demi journées dues par les praticiens à temps partiel.

Une demi journée du service normal de jour peut, dans l'intérêt du service, être déplacée sur un horaire tardif ou, dans les conditions prévues à l'article 13 de l'arrêté, intégrée dans le service de garde. Elle demeure comptée dans le service normal de jour.

2.3.3. La durée de la demi- journée n'est pas définie clairement

Dans la Lettre DH/7C n° 7291 du 05 septembre 1991 , G. VINCENT explique que le service normal s'oppose au service de garde et donc que les demi journées sont comprises entre 8H30 et 18H30

....*"Vous m'interrogez sur la durée du travail des praticiens hospitaliers.*

Je vous rappelle que les décrets n° 84-131 du 24 février 1984 modifié et n° 85-384 du 29 mars 1985 portant respectivement statut des praticiens hospitaliers et des praticiens exerçant à temps partiel fixent les obligations de service en nombre de demi-journées.
Aucune circulaire prise en application de ces deux textes statutaires ne détermine la durée d'une demi-journée.

En revanche, le statut des praticiens hospitaliers en définissant les obligations de service à hauteur de dix demi-journées, précise qu'il s'agit du service normal hebdomadaire, ce qui s'oppose au service de garde. De ce fait, le service normal doit être compris comme allant de 08H30 à 18H30, comptant pour deux demi-journées.
En ca qui concerne le statut des praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel la répartition des obligations de service est par nature plus souple.
La demi-journée peut être répartie entre la matinée et la contre-visite de l'après-midi et, éventuellement la nuit au titre des services de garde.
Les dispositions statutaires, soulignent, en outre, que le praticien exerçant à temps partiel, a la responsabilité de la permanence médicale des soins. Les modalités de répartition de l'activité d'un praticien exerçant à temps partiel devant répondre à cette notion de continuité des soins, il importe de ventiler cette activité de manière équilibrée sur l'ensemble de la semaine."
..... *G. VINCENT*

2.4. LA DE 93-104

2.4.1. La durée maximale hebdomadaire de travail

Dans **l'article 6** , il est précisé que les États membres prennent les mesures nécessaires pour que, en fonction des impératifs de **protection de la sécurité et de la santé des travailleurs** :

- la durée hebdomadaire du travail soit limitée au moyen de dispositions législatives, réglementaires ou administratives ou de conventions collectives ou d'accords conclus entre partenaires sociaux ;
- **la durée moyenne de travail pour chaque période de sept jours n'excède pas quarante-huit heures, y compris les heures supplémentaires.**

La période de référence ne doit pas dépasser quatre mois. Les périodes de congé annuel payé, accordé conformément à l'article 7, et les périodes de congé de maladie ne sont pas

prises en compte ou sont neutres pour le calcul de la moyenne .

Si la période minimale de repos hebdomadaire de vingt-quatre heures exigée par l'article 5 tombe dans cette période de référence, elle n'est pas prise en compte pour le calcul de la moyenne.

2.4.2. Les dérogations

- **article 17**

Dans le respect des principes généraux de la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, les États membres peuvent déroger à cette règle lorsque la durée du temps de travail, en

raison des caractéristiques particulières de l'activité exercée, n'est pas mesurée et/ou prédéterminée ou peut être déterminée par les travailleurs eux-mêmes, et notamment lorsqu'il s agit :

- de cadres dirigeants ou **d'autres personnes ayant un pouvoir de décision autonome***,* notamment pour le personnel ferroviaire d'accompagnement des trains ;
- de main-d'œuvre familiale
- de travailleurs dans le domaine liturgique des églises et des communautés religieuses

- **article 18**

Un État membre a la faculté de ne pas appliquer l'article 6 tout en respectant les principes généraux de la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs et à condition qu'il assure, par les mesures nécessaires prises à cet effet, que :

⇒ aucun employeur ne demande à un travailleur de travailler plus de quarante-huit heures au cours d'une période de sept jours, calculée comme moyenne de la période de référence visée à l'article 16 point 2, **à moins qu'il ait obtenu l'accord du travailleur pour effectuer un tel travail,**

⇒ aucun travailleur ne puisse subir aucun préjudice du fait qu'il n'est pas disposé à donner son accord pour effectuer un tel travail,

⇒ l'employeur tient des registres mis à jour de tous les travailleurs qui effectuent un tel travail,

⇒ les registres soient mis à la disposition des autorités compétentes qui peuvent interdire ou restreindre, pour des raisons de sécurité et/ou de santé des travailleurs, la

⇒ possibilité de dépasser la durée maximale hebdomadaire de travail,

⇒ l'employeur, sur demande des autorités compétentes, donne à celles-ci des informations sur les accords donnés par les travailleurs pour effectuer un travail dépassant quarante-huit heures au cours d'une période de sept jours, calculées comme moyenne de la période de référence visée à l'article 16 point 2.

3 LES ASTREINTES ET PERMANENCES

3.1. LE CODE DU TRAVAIL

Ces notions n'apparaissent pas en tant que telles. (voir heures supplémentaires)

3.2. LA FPH

Les heures supplémentaires, permanences et astreintes que certaines catégories de personnels sont appelées à assurer, répondent à la nécessaire continuité du service public hospitalier ou à des besoins de fonctionnement plus ponctuels.

3.2.1.Les permanences

Certains personnels peuvent être appelés à effectuer un service de permanence dans l'établissement.
La liste de ces personnels est fixée après avis du comité technique d'établissement.
La fréquence de ces permanences ne peut excéder une nuitée par semaine et un dimanche ou jour férié par mois, mais elle peut être plus élevée en cas de nécessité de service : il convient alors de recueillir l'avis du comité technique d'établissement.

Le temps de travail effectif au cours de la permanence est rémunéré en heures supplémentaires.
Les heures de permanence ne correspondant pas à un travail effectif donnent droit à rémunération, sur la base de 50 % de l'heure supplémentaire normale **(art L.813 du code de la santé publique)**

3.2.2.Les astreintes à domicile

Il n'existe aucune base réglementaire à l'organisation d'astreintes à domicile afin de répondre à l'exigence de continuité du service public ; le Conseil d' Etat l'a rappelé à plusieurs reprises :**(CE Hôpital Hospice de Montbard 9 février 1987)**

3.3. LE STATUT DE PH

L'arrêté du 15 février 1973 organise le service de garde et concerne entre autres les praticiens hospitaliers

3.3.1.Art 3 : La définition du service de garde

Le service de garde a pour objet d'assurer pendant chaque nuit et pendant la journée du dimanche ou des jours fériés la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

Le service de garde à l'hôpital ou par astreinte à domicile ne peut être organisé dans l'après-midi d'un des six jours ouvrables, sauf dans les services ou sections de service dont l'effectif de personnel médical ne permet pas d'assurer le service normal de jour pendant douze demi journées par semaine et sauf le samedi après-midi pour tous les praticiens ayant par ailleurs rempli leurs obligations de service fixées par les différents statuts.

Les praticiens exerçant à plein temps des fonctions hospitalières ou des fonctions enseignantes et hospitalières ne peuvent participer à la garde d'après midi que lorsqu'ils remplissent, dans la semaine considérée, les obligations de service fixées par leurs statuts à onze demi-journées par semaine.

Le service de garde est organisé soit pour l'ensemble de l'établissement, soit par secteurs de garde communs à une ou plusieurs disciplines et à un ou plusieurs hôpitaux dans les administrations hospitalières à établissements multiples.

Les secteurs de garde peuvent regrouper, le cas échéant, des établissements publics distincts mais voisins; ils sont alors définis par voie de convention entre ces établissements.

Toutes ces dispositions relatives à l'organisation du service de garde arrêtées au sein d'un seul établissement ou par voie de convention sont prises sur avis des commissions médicales consultatives concernées, sauf les tableaux mensuels visés à l'article ci-dessous.

3.3.2.Art. 5 : Les modalités horaires du service de garde

Pour chaque nuit, le service de garde (permanence à l'hôpital ou garde par astreinte à domicile) commence à la fin du service normal de l'après-midi, et au plus tôt à 18H30, pour s'achever au début du service normal du lendemain matin, et au plus tôt à 08H30.

Pour chaque dimanche ou jour férié, le service de garde (permanence à l'hôpital ou astreinte à domicile) commence à 08H30 pour s'achever à 18H30, au début du service de garde la nuit. Un même praticien ne peut être de garde à l'hôpital pendant plus de vingt quatre heures consécutives. Une garde par astreinte à domicile peut porter consécutivement sur une journée du dimanche ou jour férié et la nuit suivante.

3.3.3.Art. 7 : Les limites à l'obligation au service de garde

Les tableaux mensuels du service de garde définis à l'article 9 ci-après répartissent les sujétions résultant de la participation au service de garde par roulement entre les praticiens cités à l'article précédent.

Aucun praticien ne peut s'y soustraire.

Un même praticien ne peut, sauf nécessité impérieuse de service et à titre exceptionnel, être mis dans l'obligation d'assurer une participation supérieure à :

- une nuit par semaine, sous forme de permanence à l'hôpital;
- trois nuits par semaine, sous forme de garde par astreinte à domicile;
- un dimanche ou jour férié par mois, sous forme de permanence à l'hôpital;
- deux dimanches ou jours fériés par mois, sous forme de garde par astreinte à domicile,

mais il peut, à titre volontaire, dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de son service normal de jour.

3.3.4. Art. 10 : Les tableaux mensuels nominatifs

Les tableaux mensuels nominatifs du service de garde sont établis avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant.

Ces tableaux comportent l'indication détaillée de chaque temps de permanence à l'hôpital ou de garde et astreinte à domicile, en précisant à chaque fois le nom et les qualités du praticien qui en est chargé. Ce tableau est notifié aux directeurs d'établissement et aux médecins chefs de service concernés et affichés dans les services.

Le directeur de l'établissement ou, selon le cas, le directeur responsable du secteur de garde communique à chaque praticien l'extrait du tableau le concernant.

3.3.5. Art. 12 :

Compte tenu de la participation au service de garde déterminée par les tableaux mensuels nominatifs, le directeur de l'établissement ou, selon le cas, le directeur de l'établissement annexe, dresse, pour chaque mois, le tableau général de service.

Le tableau général de service de chaque mois énumère tous les praticiens, classés en

liste citant successivement et par secteur de garde individualisé :

- les praticiens à plein temps;
- les praticiens à temps partiel;
- les attachés des hôpitaux;
- le cas échéant, les praticiens extérieurs à l'hôpital participant au service de garde.

Il indique en regard du nom de chaque praticien :

- son emploi du temps en service normal, détaillé par demi journée, avec totalisation hebdomadaire;
- sa participation au service de garde, détaillé par nuit, dimanche et jour férié, éventuellement par demi journée, en précisant s'il s'agit de permanence à l'hôpital ou de garde par astreinte à domicile.

Le tableau général de service de chaque mois fait apparaître également la durée des absences pour congé de détente ou de maladie, missions, voyages d'études, ou pour tout autre motif.

3.3.6. Art.14 alinéa 2 : Plafonnement de l'indemnisation des gardes

Ces participations sont indemnisées sur la base de taux forfaitaires communs à tous les praticiens concernés quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent et selon les textes réglementaires qui leur sont applicables.

Ces taux ainsi que les limites des plafonds qui évoluent en fonction de l'évolution des traitements de la fonction publique sont fixés ainsi qu'il suit …

3.4. LA DE 93-104

Ces notions n'apparaissent pas dans la directive du 23 novembre 1993

4 LE REPOS : DEFINITIONS

LA DE 93-104

La période de repos est définie comme toute période qui n'est pas du temps de travail ;

Le repos suffisant est défini comme le fait que les travailleurs disposent de périodes de repos régulières et suffisantes pour éviter qu'ils ne se blessent eux-mêmes ou ne blessent leurs collègues et qu'ils ne nuisent à leur santé, à court ou à long terme, par suite de la fatigue ou d'autres rythmes irréguliers de travail.

5 LE REPOS HEBDOMADAIRE

5.1. LE CODE DU TRAVAIL

5.1.1.Tous les salariés ont droit à un repos hebdomadaire . Ce principe se traduit par les prescriptions suivantes **(C. trav. art. L. 221-2 , L.221-4 , L.221-5)** :

⇒ il est interdit d'occuper plus de 6 jours par semaine un même salarié

⇒ le repos hebdomadaire doit avoir une durée minimum de 24 heures consécutives

⇒ le repos hebdomadaire doit être donné le dimanche

⇒ un salarié privé du repos dominical doit bénéficier d'un repos compensateur et d'une majoration de salaire

Une amende de 10000 F sanctionne toute infraction.

5.1.2. Les dérogations au repos dominical

Certains établissements, en raison de la nature de leurs activités , sont autorisés à donner le repos hebdomadaire par roulement**.(C. Trav. L.221-9 , L.221-10 ; R 221-3 à R.221-6)**

5.2. LA FPH

Ceux-ci sont fixés à 4 jours pour deux semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs. **(Ordonnance art.6)**

5.3. LE STATUT DE PH

Si le samedi après-midi **(arrêté du 12 mars 98)** et le dimanche **(arrêté du 15 février 1973)** font partie du service de garde , la notion de repos hebdomadaire n'est pas explicite dans le statut

Arrêté du 12 mars 98

> ***art.1 de l'arrêté du 15 février 73 modifié :***
> *« et sauf le amedi après midi pour tous les praticiens ayant par ailleurs rempli leurs obligations de service fixées par les différents statuts »*

5.4. LA DE 93-104

L' article 5 définit le repos hebdomadaire

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de sept jours, d'une **période minimale de repos sans interruption de vingt-quatre heures auxquelles s'ajoutent les onze heures de repos journalier** prévues à l'article 3.

Si des conditions objectives, techniques ou d'organisation du travail le justifient, une période minimale de repos de vingt-quatre heures pourra être retenue.

La période de référence ne doit pas dépasser quatorze jours .

Si la période minimale de repos hebdomadaire de vingt-quatre heures exigée par l'article 5 tombe dans cette période de référence, elle n'est pas prise en compte pour le calcul de la moyenne.

6 LE REPOS JOURNALIER

6.1. LE CODE DU TRAVAIL

Le repos journalier peut se définir par défaut , à partir de la notion de la durée maximale journalière.

6.2. LA FPH

Un repos d'un minimum de 12 heures doit être prévu entre les journées de travail.

6.3. LE STATUT DE PH

Cette notion n'est explicite dans le statut

6.4. LA DE 93-104

L' article 3 définit le repos journalier

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de vingt-quatre heures, d'une période minimale de repos de onze heures consécutives.

7 LES REPOS COMPENSATEURS

7.1. CODE DU TRAVAIL

7.1.1.Repos compensateur légal (obligatoire)

Dans les entreprises de plus de dix salariés les heures supplémentaires du travail ouvrent droit à un **repos compensateur obligatoire** dont la durée est égale à

⇒ 50 % du temps accompli en heures supplémentaires au delà de 42 heures

⇒ 100% pour les heures effectuées au delà du contingent annuel de 130 heures quand elles n'ont ouvert droit au repos compensateur à 50%

(art L. 212-5-1)

Dans les entreprises de dix salariés au plus les heures supplémentaires effectuées au- delà du contingent de 130 heures ouvrent droit à un repos compensateur obligatoire de 50% de ces heures. **(art L. 212-5-1) :**

⇒ **Il n'est pas possible de le remplacer par une indemnité.**

⇒ **Il doit être effectivement pris.**

⇒ **Il est pris à la convenance du salarié, dans un délai maximum de 2 mois**

⇒ **Il est assimilé à du travail effectif**

7.1.2. Remplacement du paiement des heures supplémentaires par un repos compensateur de remplacement

⇒ de 1h15 pour les huit premières heures supplémentaires

⇒ de 1h30 pour les suivantes

⇒ Ce repos s'ajoute au repos compensateur à 50 et 100%

Au cas où le repos hebdomadaire dominical est supprimé , un repos compensateur est accordé en sus de la rémunération majorée.

7.2.LA FPH

Les heures supplémentaires font l'objet :

- soit d'une compensation horaire d'égale durée
- soit d'une rémunération

(Ordonnance art 4)

7.3.STATUT DE PH ET ARRETE DE 73

Art. 13 :

- *Modification :*
- *arrêté du 21 avril 1977 : modification du cinquième alinéa.*
- *arrêté du 31 décembre 1985 : adaptation aux nouvelles dispositions de l'article 14.*
- *arrêté du 18 juillet 1986 : adaptation aux nouvelles dispositions de l'article 14 avec amélioration des possibilités de cumul des récupérations.*

La participation au service de garde à l'hôpital ou par astreinte à domicile peut donner lieu à récupération, à condition que le fonctionnement continu du service soit assuré en service normal de jour pendant douze demi journées par semaine, ou pendant six demi journées complétées par six demi journées en service de garde à l'hôpital ou par astreinte à domicile, dans les conditions prévues à l'article 3 du présent arrêté.

Dans ce cas, les intéressés peuvent récupérer les gardes effectuées, après accord des praticiens responsables des services ou départements concernés, dans les conditions et limites fixées ci-après :

- une journée pour une garde;
- une demi-journée pour deux demi- gardes ou deux astreintes opérationnelles;
- une demi-journée pour cinq astreintes de sécurité.

Les journées ainsi récupérées au titre de garde peuvent, lorsque le fonctionnement continu du service le permet, soit être fractionnées en demi-journées, soit être cumulées dans la limite de cinq jours par mois ou quinze jours par trimestre.

Les permanences à l'hôpital ou les astreintes à domicile intégrées dans le service normal de jour dans les conditions prévues ci-dessus ne donnent pas lieu à indemnisation. Elles ne sont pas prises en compte pour l'application des normes prévues à l'article 7 ci-dessus.

Circulaire n° 158 du 22 juillet 1986 (II-3°- 2ième et 3ième alinéas) : *"La demi astreinte opérationnelle consécutive à une demi garde qui à la suite d'un appel a entraîné* ***une présence à l'hôpital d'au moins trois heures*** *est indemnisée à son tour comme une demi garde. En ce qui concerne la récupération, le cumul de ces deux demi gardes peut donner lieu à une récupération d'une journée.*

En revanche, les demi astreintes opérationnelles qui ne se transforment pas en demi gardes ne peuvent être cumulées avec les demi gardes pour le calcul de la récupération. Dans ce cas la récupération n'est que d'une demi journée pour deux demi gardes."

Circulaire n° 166 du 14 novembre 1986 (II-2°-b) : *"Il convient de souligner que la récupération consécutive à la participation aux astreintes à domicile n'est pas cumulable avec les indemnités versées aux praticiens à la suite d'appels entraînant une présence à l'hôpital. Pour une même astreinte si le fonctionnement du service permet la récupération, le praticien ne peut recevoir une rémunération complémentaire ni au titre des indemnités forfaitaires de base, ni au titre des indemnités pour appel."*

7.5. AUTRE : CODE DE L'AVIATION CIVILE

Au Livre IV , titre II , chap.2 ,section 2 , les périodes de vol ,les amplitudes de vol et la période d'arrêté nocturne sont clairement précisées.

L'amplitude de vol est définie par le temps compris entre le moment où l'avion quitte et rejoint la passerelle d'embarquement. Il n'y a pas de différence entre un vol de nuit et un vol de jour. Le temps de vol et l'amplitude de vol sont décrits dans l'**article D 422-9**. Le nombre d'heures de vol mensuel (70 heures), trimestriel (210 heures) sont définis dans l**'article D 422-10.**

Les temps d'arrêt sont bien codifiés**.** Dans **l'article 422-12**, on peut lire " qu'en cas de période de vol supérieure à 10 heures, la première période doit être précédée d'un temps d'arrêt au moins égal à 36 heures dont deux arrêts nocturnes normaux. En outre un seul arrêt accordé hors base d'affectation peut subir un abattement, lequel ne peut avoir pour effet de le réduire à moins de 18 heures". "A l'issue d'une période de vol supérieure à 6 heures le

personnel naviguant doit bénéficier normalement d'un temps d'arrêt au moins égal à trois fois le nombre d'heures de vol effectuées. Au-delà de la huitième heure le temps d'arrêt doit être égal à quatre fois la durée de la période de vol".

8 HEURES SUPPLEMENTAIRES

8.1.CODE DU TRAVAIL

8.1.1. Toutes les heures de travail au delà de la durée légale du travail légale de 39 heures par semaine doivent donner lieu aux majorations pour **heures supplémentaires** , peuvent donner droit au repos compensateur obligatoire à l'exception des heures d'équivalence et des heures de récupération

8.1.2.Le contingent annuel d'heures supplémentaires est fixé à 130 heures par an et par salarié, mais aussi à un montant supérieur ou inférieur par voie d'accord.

8.1.3. Rémunération des heures supplémentaires

Les heures supplémentaires effectuées au delà de 39 heures sont majorées de :

- 25 % de la 40^{ième} à la 47^{ième} heure incluse
- 50 % à partir de la 48^{ième} heure

La qualité de cadre ne suffit pas à exclure le salarié du droit au paiement des heures supplémentaires s'il n'est pas prévu un salaire forfaitaire comprenant les dépassements d'horaires résultant des impératifs de la fonction exercée .**(Cass. 14 juin 1990)**

Par contre , le paiement a été refusé à un salarié bénéficiant d'une indépendance dans l'exécution de son travail **(Cass. 27 mai 1992)** ou plus précisément d'une large indépendance exclusive d'horaires précis et déterminés **(Cass. 7 février 1985)** .

8.2. LA FPH

Si les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires dans la limite de 20 heures par mois et par agent.**(Ordonnance . art. 4)**

Les heures supplémentaires assurées font l'objet:

- soit de compensation horaire d'égale durée,
- soit d'une rémunération supplémentaire, le taux de l'heure supplémentaire variant selon :
  - l'indice de l'agent (dans la limite d'un indice plafond),
  - le nombre d'heures effectuées (avant et après la 14^{ième} heure),
  - la période au cours de laquelle les heures sont effectuées (jour, nuit, dimanche ou jour férié).

8.3. LE STATUT DE PH

Cette notion n'existe pas dans le statut du praticien hospitalier

9 LE TRAVAIL DE NUIT

9.1. LE CODE DU TRAVAIL

Le travail de nuit n'ouvre droit à aucune majoration légale autre des majorations pour heures supplémentaires. Certaines conventions collectives prévoient des majorations pour les heures de nuit effectuées en dehors de l'horaire normal, variant entre 10 % et 100 % ou des repos compensateurs.

9.2. LA FPH

Pour tenir compte de la pénibilité du travail de nuit (perturbation des rythmes biologiques, difficultés dans la vie familiale, isolement professionnel), il a été décidé dans le cadre d'un accord national en 1991 de considérer que le travail effectif accompli pendant 35 heures de nuit correspond à un travail accompli pendant 39 heures**.(5)**

Cette mesure de réduction du temps de travail de nuit s'applique aux agents de tous secteurs dont le planning prévoit qu'ils assurent la totalité de leur travail la nuit, c'est-à-dire dont le planning prévisionnel sur une quinzaine prévoit qu'ils doivent effectuer la totalité de leur service la nuit. **(Circulaire DH/FH3 n° 91-68 du 23 décembre 1991 relative à l'application des protocoles I et II du 15 novembre 1991)**

9.3. LE STATUT DE PH

Cette notion de travail de nuit n'existe pas en tant que telle dans le statut**.**

9.4. LA DE 93-104

9.4.1. L'article 2 définit la notion de «travailleur de nuit» :

- d'une part, tout travailleur qui accomplit durant la période nocturne au moins trois heures de son temps de travail journalier accomplies normalement ;

- d'autre part, tout travailleur qui est susceptible d'accomplir, durant la période nocturne, une certaine partie de son temps de travail annuel, définie selon le choix de l'Etat membre concerné :

♦par la législation nationale, après consultation des partenaires sociaux ou

♦ par des conventions collectives ou accords conclus entre partenaires sociaux au niveau national ou régional ;

L'article 8 définit la durée du travail de nuit

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que :

- le temps de travail normal des travailleurs de nuit ne dépasse pas huit heures en moyenne par période de vingt-quatre heures ;

- les travailleurs de nuit dont le travail comporte des risques particuliers ou des tensions physiques ou mentales importantes ne travaillent pas plus de huit heures au cours d'une période de vingt-quatre heures durant laquelle ils effectuent un travail de nuit.

Aux fins du présent point, le travail comportant des risques particuliers ou des tensions physiques ou mentales importantes est défini par les législations et/ou pratiques nationales ou par des conventions collectives ou accords conclus entre partenaires sociaux, compte tenu des effets et des risques inhérents au travail de nuit.

La période de référence est définie après consultation des partenaires sociaux ou par des conventions collectives ou accords conclus au niveau national ou régional entre partenaires sociaux.Si la période minimale de repos hebdomadaire de vingt-quatre heures exigée par l'article 5 tombe dans cette période de référence, elle n'est pas prise en compte pour le calcul de la moyenne.

L' article 12 définit la protection en matière de sécurité et de santé

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que :

- les travailleurs de nuit et les travailleurs postés bénéficient d'un niveau de protection

en matière de sécurité et de santé, adapté à la nature de leur travail ;

- les services ou moyens appropriés de protection et de prévention en matière de sécurité et de santé des travailleurs de nuit et des travailleurs postés soient équivalents à ceux applicables aux autres travailleurs et soient disponibles à tout moment.

9 - 5 AUTRE : CODE DE L'AVIATION CIVILE

Il n'y a pas de différence entre un vol de nuit et un vol de jour.

En cas de période de vol supérieure à 10 heures, la première période doit être précédée d'un temps d'arrêt au moins égal à 36 heures dont deux arrêts nocturnes normaux.

COMMENTAIRES

La recherche de l'amélioration de la protection sociale en France comme en Europe a eu comme effet la réduction constante de la durée du travail , du passage aux 44 heures avec les accords de Grenelles en 1968 à l'incitation au passage aux 35 heures avec la Loi du13 juin 1998. Cette recherche est aussi passée par la définition du travail effectif ,du travail de nuit , de la durée légale et la durée maximale du travail. De plus , si des dérogations sont prévues aux travers des différentes réglementations , ces mêmes dérogations imposent des limites supérieures ou doivent être négociées entre les partenaires sociaux.

La détermination des différents types de repos participe à ce souci de protection des salariés ou de sécurité pour les usagers. Le repos compensateur apparaît dans le Code duTravail comme une « compensation » correspondant à un excès d'heures supplémentaires en sus de leur rémunération. Dans la Fonction Publique Hospitalière , les heures supplémentaires et les permanences font l'objet soit d'un repos compensateur, soit d'une rémunération , soit d'un panachage des deux.

Ni le décret 84 –131 , ni l'arrêté du 15 février 1973 n'envisagent une définition explicite de la durée du travail , les repos ou les heures supplémentaires.

Les seules mesures de protection des praticiens hospitaliers résident dans :

- **l'interdiction d'être plus de 24 heures de garde soit une amplitude de travail de 34 heures (art 5)**
- **la limitation mensuelle de l'obligation de service de garde (art 7)**
- **le plafonnement de l'indemnisation des gardes (art 14)**

Ces mesures de protection du praticien hospitalier permettent tout de même une durée de travail parfaitement réglementaire supérieure à 80 heures mensuelles.

C'est à partir de ces différents cadres réglementaires que le SNPHAR doit déterminer sa stratégie en matière d'amélioration des conditions de travail et donc de réduction du temps de travail, mais aussi son lexique durée du travail et des repos.

Si nous pouvons utiliser, comme référentiels à l'usage de l'opinion publique, le Code du Travail ou le Code de la Fonction Publique Hospitalière , le cadre du statut de praticien hospitalier nous contraint au particularisme et à l'isolement ,mais aussi nous donne une certaine liberté de conceptualisation de nos conditions de travail futures.

La question essentielle , en terme de droit et de stratégie syndicale , réside dans l'alternative suivante :

- **rénovation du décret 84 – 131 et de l'arrêté de 1973 dans le cadre de réglementation européenne**
- **ou rattachement du statut au titre II de la Fonction Publique**

(le décret 84 –131 se calque déjà sur la Loi n°84 –16 qui abrite les hospitalo- universitaires).

Enfin la notion de travail effectif paraît au moins aussi déterminante que le concept de repos de sécurité en vue d'une amélioration significative des conditions de travail dans la perspective d'une évolution du statut quelque soit le cadre de cette évolution.

Les négociations à venir sur les modalités du repos de sécurité devraient donc *implicitement, voire explicitement, intégrer la notion de travail effectif.*

****

DISCUSSION

A.BOCCA pronostique, avec regret, que nous conserverons sans doute encore longtemps notre statut particulier. L'intégration dans le Titre II ne nous apporterait pas d'avantages notables. Nous devrions plutôt essayer de nous rapprocher du Titre IV. En tous cas, chaque fois qu'une amélioration du Titre IV apparaît, il faut négocier l'ajout de cet avantage dans notre statut. Peut-être faut-il comprendre la non intégration par les pouvoirs publics comme un vestige du pouvoir libéral de la profession qui préfère avoir un statut particulier.

R.DOMERGUE : le temps partiel pose le problème du lien entre les structures dans lesquelles travaille le praticien.
J.L. GUINAUD précise que les 11 heures de repos quotidiennes prescrites par la Circulaire Européenne 93-104 doivent bien être consécutives. Les repos compensateurs d'heures supplémentaires sont pris à la convenance du salarié mais dans un délai de deux mois.

J.M.CLEMENT: le statut de la Fonction Publique est récent. Il a été créé par une ordonnance de Novembre 1946. Auparavant, il existait de nombreux statuts différents pour les services centraux et les collectivités locales Chaque ministère avait son statut et procédait à son recrutement. Ce statut de Nov. 46 a été retravaillé à partir de 1981, étendu progressivement aux collectivités territoriales, puis à la fonction hospitalière. La loi du 13/07/83 institue le socle statutaire commun à tous ces agents : le Titre I. Puis, suivant les différentes catégories, apparaissent successivement le Titre II le 6/01/84 destiné aux fonctionnaires de l'état, le Titre III qui s'applique aux collectivités territoriales et le Titre IV pour les fonctionnaires hospitaliers le 9/01/86. Les médecins, de par leur culture sociologique ont toujours pensé qu'ils étaient libéraux. Le statut des médecins est donc un statut d'agent public. Les universitaires sont fonctionnaires pour leur activité universitaire au Titre II et agents publics hospitaliers au Titre IV pour leur activité de soins (il n'est d'ailleurs pas possible d'être fonctionnaire à deux titres).

J.GARRIC: L'intégration dans le Titre IV pourrait être un objectif du plan quinquennal ?

J.M.CLEMENT précise que les autorités de nomination ne sont pas les mêmes suivant les Titres : ministères pour le Titre II, présidents des collectivités territoriales pour le Titre III, directeurs d'hôpitaux pour le Titre IV . Il fait remarquer que la nomination dans le Titre II est nationale ce qui implique une lourdeur considérable, préjudiciable à toute mobilité.

D.REA explique que les directeurs d'hôpitaux souhaitent garder le pouvoir décisionnel dans la nomination des personnels médicaux. Ils sont donc plutôt favorables au rattachement au titre IV. Les professeurs des universités tiennent à leur nomination ministérielle. Cette situation risque de creuser encore un peu plus le fossé déjà existant entre les différentes catégories.

EVALUATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL EN ANESTHESIE - REANIMATION

DOCTEUR ALAIN BOCCA [*]

QUESTIONS POSEES :

Doit-on et Peut-on mesurer la charge de travail en anesthésie réanimation hospitalière ?

A cette question, tout anesthésiste réanimateur responsable ou responsabilisé ne peut que répondre affirmativement, la gestion équitable des services ou département l'impose de fait, mais les méthodes peuvent donner lieu à débat.

Le point de vue du praticien de base est parfois ambigu et dilatoire : une réflexion lucide de notre spécialité n'est donc pas superflue.

1. UNE PREOCUPATION ANCIENNE

1 – 1 L'ANESTHESIE REANIMATION dans les hôpitaux de l'AP de PARIS (de POUVORVILLE 1977)

Etude de référence car la première évaluation extérieure réalisée, elle, comporte une description des taches, une mesure de l'activité des équipes par chantiers, une évaluation des besoins en personnel.

Hors de notre sujet, elle comportait aussi une étude des matériels.

1 – 2 L'activité Anesthésie au CHU de DIJON (LASSAUNIERE 1981).

Cette étude se donne comme base une durée de travail de 11 demi-journées (statuts du PH de l'époque) de 3 h 30 (durée jamais validée par l'administration) ; il s'agit contrairement à la précédente d'une enquête déclarative.

1 – 3 Enquête réalisée par l'association des Anesthésistes Réanimateurs de LYON (MIELLET 1981)

1 – 4 Guide pour l 'évaluation des besoins des hôpitaux en spécialistes d'anesthésie réanimation (CABRIDAIN, DE POUVORVILLE 1985

Célèbre autre étude de référence : Excellent fondement des charges de travail.

1 – 5 Etude sur la discipline anesthésie réanimation (APHP 1990)

Réalisée avec le concours de personnalités « syndicales » : CLAUDE LAPANDRY (PH) et ALAIN GARCIA (MCU – PH)

2. UNE PREOCUPATION ACTUELLE.

***2 – 1 Evaluation de la charge de travail en anesthésie durant 1993 à partir des heures et nombres* d'actes ; Approche des besoins en personnel vis à vis de la sécurité du patient (J GARRIC 1994)**

[*] SAR - CHU - Hôpital de la Tronche - Grenoble

- Etude de JEAN GARRIC 93/94 réalisée pour l'anesthésie ; travail considérable et minutieux, conforme à la personnalité de l'auteur.

Elle est basée :

- sur un recueil de donnée 1993
- sur la base de 10 demi-journées et comporte l'originalité courageuse de simuler une étude d'effectif avec un médecin pour 2 salles d'opération. (H2)

***2 – 2 Bilan d'activité des services d'anesthésie réanimation des hôpitaux universitaires de* STRASBOURG** (1996 CLAUDE WETZEL)

Etude de STRASBOURG étudiant les activités de l'ensemble de notre spécialité :

Anesthésie - Réanimation, Douleur, SAMU : elle tient compte des nouveautés réglementaires.

2 – 3 Les fonctions des praticiens hospitaliers à l'hôpital

Questionnaire d'enquête (DIRECTION DES HOPITAUX 1997/1998).

Enquête « déclarative » des PH de toutes les spécialités non publiée à ce jour, sans doute très hétérogène, car chaque hôpital avait répondu de manière autonome.

2 – 4 La démographie des médecins A.R dans la région RHONE ALPES

(J.C PEYRIN 1998)

« Enquête déclarative » dont certaines réponses sont largement «fraudées»

Elle comporte néanmoins une étude comparative prospective intéressante sur les intentions de retraite, pré retraite et réduction d'activité des intéressés.

Parmi ces études passées, on peut donc distinguer deux types de travaux :

A -Les enquêtes « déclaratives » souvent complaisantes, mais économiques, et pédagogiques de toutes façons

B - Les enquêtes ou audits externes évidemment plus objectives, plus intéressantes mais se heurtant à une collaboration mitigée des professionnels.

3. L' AVENIR DE L'EVALUATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL

3 – 1 Evaluation médicalisée ou médico- technocratique : évaluation dite de l'activité médicale (plutôt qualitative).

Successivement dans le temps, elle a comporté l'étude des K (AREK) évaluation fruste, quantitative puis des ICR β, on s'oriente actuellement vers une réforme de la NGAP * la rapprochant des ICRβ (travaux du comité d'évaluation de la SFAR

3 – 2 Evaluation «syndicale «: temps de travail (plutôt quantitative)

* * Nomenclature générale des actes professionnels.

4. L'EVALUATION DE L'ACTIVITE MEDICALE» ICRβ et SON EVOLUTION.

Elle comporte l'étude des :

- Consultations pré anesthésiques : nombres de CS, CS multiples pour un malade.
- La phase pré opératoire : de «l'entrée » à l'hôpital jusqu'au bloc avec la visite pré opératoire personnalisée ou non.
- La phase per - interventionnelle : véritable ICRβ sous sa forme actuelle
- La phase post - interventionnelle actuellement mal évaluée (source de critique de l'ICRβ)

La SFAR étudie un cahier des charges pour un logiciel de suivi d'activité des structures d'anesthésie. On envisage un état de sortie avec rapport annuel global (31 ITEMS et un rapport mensuel.

5. L'EVALUATION SYNDICALE.

5 – 1 Ses justifications :

- L'Anesthésie Réanimation est une discipline de masse en CHU qui doit gérer ses RESSOURCES HUMAINES » avec :
  - répartition des PH par Unité Fonctionnelles. Ou
  - d'augmentation d'effectifs

(obtenu dans certaines régions en 1999 pour observer le décret sécurité)
La fermetures de certaines structures isolées ou Obsolètes

- L'exercice multi sites mérite une attention particulière avec des avantages sur la durée de travail, la prise en compte du temps de trajet etc. ….

5 – 2 Ses particularités.

Elle est historiquement très spécifique à l'Anesthésie Réanimation accutisée par la pénurie actuelle et à venir, les autres spécialités ne l'avaient jamais réalisée ou sous des formes édulcorées, mais la pénurie de certaines spécialités (pédiatrie gynéco obstétrique) les oblige
à une démarche équivalente. Elle a été alimenté par une tradition syndicale forte et ancienne (syndicats du CHT, du CHAR et du PHAR)
Sa «communication » est pourtant délicate car elle peut marginaliser le PHAR par rapport aux spécialités chirurgicales en rapprochant sa gestion de personnel médical de celle d'un personnel para médical et notamment les IADE d'autant que le répartition des tâches avec ces dernières, toujours en débat n'est pas définitivement tranchée. Cette ambiguïté n'enlève rien à la promiscuité professionnelle évidente et fructueuse PHAR- IADE et à l'indispensable complémentarité de ce binôme.

L'évaluation en question est dominée par l' absence de MAITRISE DE SON EMPLOI DU TEMPS DU PHAR SENIOR et d'un déficit d'AUTONOMIE professionnelle.

Un espoir réside dans la création des conseils de BLOC OPERATOIRES car la formation initiale issue désormais du DES n'a rien résolu à cet égard.

6. L'APPROCHE «ERGONOMIQUE » DE LA CHARGE DE TRAVAIL (selon Luc GUYOT Versailles)

6 – 1 Activité programmée.

C'est l'activité courante, comprenant :

- le travail au bloc (l'anesthésie et la salle de réveil)
- les phases :

♣ préopératoire (consultations et prescription préopératoires)

♣ le suivi postopératoire.

L'analyse de cette phase devra prendre en compte :

⇨ les horaires (d'une journée, d'une semaine)

⇨ la répartition de la charge de travail durant ces horaires

⇨ l'intensité mentale, en particulier par l'étude des paramètres à surveiller simultanément (nature, type, nombre) en liaisons directe avec les effets de l'anesthésie sur le malade (surveillance permanente de la respiration, l'oxygénation, le cœur et le système circulatoire,
le système rénal, le tonus musculaire)

⇨ L'étude du travail de logistique nécessaire au bon déroulement des opérations (matériels et médicaments nécessaires lors d'une opération).

⇨ L'étude de l'organisation du service (en période normale et en situation de surcharge), **et en particulier de la coexistence de plusieurs tâches**.

⇨ L'étude des interruptions ou des modifications de l'activité programmée et des causes de ces modifications, **avec le stress qu'elles engendrent et les limites de leur faisabilité compte tenu du risque médical.**

6 – 2 Activité non programmée:

Elle a pour origine les Urgences Chirurgicales, qu'il s'agisse de malades venant d'être hospitalisés, ou de malades en observation à l'hôpital pour lesquels la décision opératoire était en sus.

De jour et en semaine, elle vient perturber l'activité programmée et alourdir la charge de travail.

En garde et les jours fériés, **elle s'impose à une équipe anesthésique réduite qui doit réguler, face à plusieurs équipes chirurgicales auxquelles elle ne peut répondre simultanément.**

L'analyse de cette phase devra prendre en compte :

⇒ Les horaires

⇒ Les effets cumulatifs (garde après une journée de travail)

⇒ La précision des charges normalement attribuées au médecin anesthésiste, et le travail surajouté.

⇒ Les effets de la réduction de l'équipe anesthésique à une équipe de garde

⇒ Le volume des urgences (chirurgicales, obstétricales, etc. …)

⇒ Les difficultés d'approvisionnement (sang, matériel …)

⇒ La situation institutionnelle **de l'équipe** anesthésie, notamment l'instauration de règles de fonctionnement précises afin de protéger son travail des charges qu'il n'a pas normalement à assumer.

7. LA REPARTITION INDIVIDUELLE ET L'EQUILIBRATION COLLECTIVE DES CHARGES DE TRAVAIL.

7 – 1 Echantillonnage : l'Anesthésie Réanimateur type

Une étude en CHU (GRENOBLE) montre la répartition des fonctions suivantes :

a ♦ Anesthésie et réa pré, per post opératoire : 77% des PH

b ♦ Réanimation Chirurgicale exclusive : 12 % des PH

c ♦ SAMU, SMUR : 7 %

d ♦ Autres (douleur, hémovigilance, qualité, Informatique) 4%

a sera donc notre type de description au paragraphe suivant 7-2

7 – 2 Charge de travail optimale

Les charges de travail diurnes sont calculées sur la base de 10 demi-journées, soit 40 heures par semaine environ, ou 8 demi-journées de 5 h.
La répartition optimale est la suivante :

♦Activités au bloc opératoires : 25 heures en moyenne (maximum)
♦Activité cliniques pré et post opératoires : 10 heures en moyenne
les 5 heures restantes se répartissent en :

♦ Enseignement
♦ Recherche
♦ Formation continue
♦ Tâches administratives à l'échelon du Département d'Anesthésie.
Les tâches d'administration au niveau de l'hôpital
(CMC, Conseil d'Administration, commissions diverses …) sont effectuées sur le temps de bloc ou de péri opératoire

Cette répartition est une moyenne optimale et peut ne pas être appliquée compte tenu des nécessités de service : par exemple, réduction du péri opératoire ou au contraire lourde charge de post opératoire selon le type de chirurgie.

7 – 3 Equilibration des tâches

- **L'évaluation des tâches est un travail d'information nécessaire à l'équilibration des effectifs, elle est refaite chaque année.**
- **Elle doit faire intervenir les éléments suivants :**

- **le temps total de présence à l'hôpital qui est «l'unité de base »**
- **cette unité peut être pondérée par :**
- **Le temps de présence au bloc opératoire (zone Ergonomique 1 2 3)**

Apprécié entre autre à la feuille d'anesthésie.

- **Le K anesthésique (corrigé en fonction des insuffisances des nomenclatures et ou l'ICR).**

Certaines situations de haute responsabilité ou de grande pénibilité échappent en partie à l'évaluation sur ces critères mais doivent être également pesées.

- **L'équilibration est une obligation permanente en fonction des effectifs médicaux et paramédicaux disponibles.**

7 – 4 Tableaux de service

- **Chaque Médecin ou groupe de médecins, présente un tableau de service aussi conforme que possible à la répartition sus-citée.**

Le samedi matin, un système de rotation entre médecins affectés au même service doit assurer un minimum de fonctionnement de bloc et le péri-opératoire.

Les révisions des effectifs ou transfert de moyen en personnel médical font l'objet de discussions à une Commission d'Evaluation puis au Conseil de Service.

8. ADEQUATION EFFECTIFS – CHARGES DE TRAVAIL

8 – 1 Un Premier préalable.

Le Découpage en Unités Fonctionnelles (UF) car l'analyse est plus facile. Ces UF doivent correspondre à la taille des structures chirurgicales et évoluer comme celles-ci (Département, grand Centre de Responsabilité)

8 – 2 Un Deuxième préalable ; la rédaction de Tableaux de Service

(Obligation réglementaire largement méconnue)

8- 3 principe de calculs élémentaires (Bruno Bally – Grenoble) – cf annexe

8- 4 les ambiguités des renforts : DES- IADE

La dotation en DES personnel médical et IADE doit elle influencer le calcul des effectifs médicaux seniors ? Cette question reste ouverte car si le renfort est évident, la dérive possible l'est tout autant

ANNEXE

8- 3 Principe de calculs élémentaires (Bruno Bally – Grenoble)

1) – Charges de Travail

a – Calculer sur une semaine les effectifs médicaux nécessaires au bon fonctionnement de l'unité (pré, post opératoires …)
Les charges autres que cliniques (enseignement, recherche, administration …) doivent être justifiées, chiffrées par an en nombre de demi-journées et validées par la Commission adéquate (recherche pour l'enseignement et la recherche, structures pour les autres).
Traduire en nombre de demi-journées/semaine (DJS) ce fonctionnement.

Exemple : si dans une unité 2 médecins sont nécessaires le matin, 1 seul l'après-midi, cela 5 jours par semaine, et 1 seul médecin le samedi, cela représente en DJS :

(2x5) + (1x5) + 1 = 16 DJS

b – Calculer la charge de travail sur l'année en multipliant DJS par 51 semaines (pour tenir compte des jours fériés).

Exemple : 16 x 51 = 816 = Charges de travail en DJS par AN (DJA) de l'unité .

2) Calcul de l'effectif médical nécessaire pour couvrir les Charges de Travail calculées en 1.

« Force de travail d'1 médecin = 8 DJS ceci 45 semaines par an
(5 semaines de congés, 2 semaines formation : 52 – 7 = 45

⇒ soit 8 x45 = 360 DJA

Calcul de l'effectif nécessaire : Charges de travail par an / 360

Exemple : Dans l'exemple vu plus haut l'effectif nécessaire est de :
816/360 = 2,27 médecins.

DJS : Nombre de demi-journées par semaine DJA : Nombre de demi-journées par an

---

DISCUSSION :

P.DASSIER *fait remarquer qu'il s'agit là d'un grand chantier pour le SNPHAR et qu'il nous faut trouver une méthodologie pour mesurer notre charge de travail. Dans les entreprises, il existe des moyens pour l'évaluer, ce qui permet de la dimensionner. Par contre, nous devons accepter le fait que cette évaluation risque de nous faire perdre un peu de notre liberté*.

D.REA : *le médecin a peur de ne pas être « productif » sur son lieu de travail. Il est personnellement favorable au système « badgé » dans une optique de transparence. La notion de qualité doit apparaître dans la charte de travail et il faut faire la distinction entre « milieu » chirurgical et « travail » chirurgical. Ce qui est fondamental, c'est de reconnaître*

du patient qui ne doit plus être au centre d'un affrontement chirurgien-anesthésiste.

R.TORRIELLI *cite une enquête réalisée à l'hôpital A.Béclère par notre collègue T.Labaille. Un questionnaire portant sur une semaine d'activité a été adressé à toutes les catégories de personnel médical (PH, internes, PU-PH, attachés…). Le taux de réponses a été de 60% et le temps de travail des Anesthésistes-Réanimateurs s'est révélé être significativement plus élevé que celui des autres spécialités. L'objectif d'une préretraite ou d'un temps réduit à partir de 55 ans était fréquemment retrouvé.*

C.C.MIELLET *demande que les internes ne soient pas comptés dans l'effectif car l'hôpital doit fonctionner avec des séniors*.

R.CHACORNAC : *On va arriver au 21 éme siécle. Il faut que l'outil informatique se banalise pour évaluer certaines charges de travail facile à quantifier, au moins en terme de durée et d'individus. Au niveau des réanimations, un arrêté en préparation définira ce qu'est une réanimation, le nombre de lits, le nombre de médecins nécessaires par rapport au nombre de malades*. *C'est une amorce de quantification.*

J.L.GUINAUD ;*Au sujet de l'évaluation du travail dans les SAMU-SMUR, rappelle que le métier qui s'y exerce est différent de celui des blocs opératoires et que si la mission PMSI fournit des indicateurs pour les réanimations, elle n'est pas adaptée aux SAMU*.

C.WETZEL *pense que si nous avons avancé dans l'organisation des programmes opératoires, il nous faut mieux maîtriser l'activité non programmée et retrouver notre place au niveau des urgences.*

J.GARRIC *s'interroge sur les items utilisables pour l'évaluation de notre charge de travail : nombre d'intervenants, normes d'hygiène*…

R.DOMERGUE *s'exprimant sur l'appréciation de l'activité, explique que enquête déclarative ne sous entend pas systématiquement fraude. Lors de la réalisation de bilans professionnels, des médecins volontaires portaient un Bip qui sonnait de manière aléatoire. Quand le Bip sonnait, le praticien inscrivait ce qu'il faisait. Tous les participants ont été surpris de constater leur activité. En fait l'imaginaire se révèle très subjectif et souvent très péjoratif chez les Anesthésistes-Réanimateurs qui doivent être convaincus d'avoir une démarche active dans l'évaluation de leur activité*.

CONDITIONS DE TRAVAIL DES ANESTHÉSIOLOGISTES EN EUROPE

DOCTEUR MICHEL DRU [*]

INTRODUCTION.

Les conditions de travail des médecins sont très différentes à travers l'Europe. Je me suis intéressé à la durée du temps de travail et à la charge supportée par les anesthésiologistes selon les pays. Cette étude européenne avait également pour but de connaître l'état d'avancement de l'application de la directive européenne n° 93/104/EC du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

MATERIEL ET METHODES

Un questionnaire en 7 points, rédigé en anglais, a été expédié par e.mail à des médecins anesthésistes exerçant en hôpital public dans la capitale de 14 pays européens. Étaient contactés 5 praticiens par capitale. Cette étude s'est déroulée du 1er janvier 1999 au 31 mai 1999. Les réponses étaient renvoyées par e.mail.

RESULTATS

Des médecins des capitales de l'Autriche, Royaume Uni, Suède, Norvège, Finlande, Allemagne, Pays-Bas, Belgique, Suisse, Danemark, Italie ont répondu, de façon complète, aux 7 points soulevés dans le questionnaire. La Grèce, l'Espagne et le Portugal n'ont pas rempli le questionnaire. Les réponses reçues ne sont pas toutes exhaustives. La spécialité recouvre souvent l'anesthésie et la réanimation, quelquefois la lutte contre la douleur, plus rarement les urgences. Selon les pays, les médecins anesthésistes travaillent, en théorie, entre 35 et 55 heures, en n'incluant pas les gardes. En pratique, ces chiffres s'élèvent à 50-60
heures. La formation continue représente entre 5 et 15 jours par an. La présence d'un
infirmier-anesthésiste n'est pas systématique en salle d'opération.

CONCLUSION

En ce qui concerne la durée du temps de travail, une grande disparité existe souvent entre les textes législatifs nationaux et la réalité. La charge de travail n'est pas non plus uniforme dans tous les pays

[*] [*] *Hôpital Henri Mondor - SAMU 94, 51 Av. du Maréchal de Lattre de Tassigny, 94010 CRÉTEIL Cedex*
Tél. 01 45 17 95 00, Fax. 01 48 98 04 00, e. mail : mdru@invivo.edu

européens. La directive européenne est inégalement appliquée dans les différents pays, mais engage actuellement des discussions pour son application.

****

DISCUSSION :

Après la présentation de R.TORRIELLI sur « Démographie et charge de travail en Anesthésie-Réanimation »,

J.GARRIC *cite l'enquête de la SFAR comme une référence possible.*

R.TORRIELLI s'interroge sur la validité de cette enquête dont les résultats ne sont pas encore connus (15 000 questionnaires envoyés, 7500 réponses, 429 refus déclarés).

D.REA*,: la réorganisation du secteur privé risque de drainer le faible nombre de jeunes entrant dans la profession. Par ailleurs, des indications peuvent être fournies par le nombre de points ISA produits et le taux d'occupation des salles d'opération. Au sujet de la pénibilité des gardes, l'enquête 3 jours a décompté 300 actes d'anesthésie après 0 heure…*

R.DOMERGUE *fait remarquer qu'en 10 ans, le nombre d'anesthésies est passé de 4 à 8 millions par an en France. On y relève 1,5 millions d'anesthésies pour endoscopies digestives, ce qui laisse à penser que le nombre d'anesthésies pour confort va encore augmenter.*

A la suite de l'exposé de M.DRU sur les conditions de travail des Anesthésistes-Réanimateurs en Europe,

P.DASSIER *conclut que nous sommes plutôt en avance en ce qui concerne le statut.*

G.HERREROS*, sociologue, nous livre ensuite les réflexions que lui inspirent nos débats et nos préoccupations. Sa vision, pour nous très innovante, nous fait entrevoir des axes de réflexion différents à intégrer dans notre stratégie syndicale*.

P.DASSIER *note qu'il existe peu de travaux de sociologues sur la certification et la qualité. La qualité peut être engendrée par un processus de certification dont l'intérêt réside dans la nature du processus qui est en cours. Cela peut être l'occasion de mise à plat de la nature des activités, sans objectif de standardisation, avec production d'un produit de qualité « différencié », mais qui donne satisfaction .*

D.REA *relève deux points intéressants : la nécessité d'une certaine forme de souplesse à l'hôpital et en Anesthésie-Réanimation ainsi que la recherche d'espaces de liberté permettant d'organiser mieux.*

L'ANALYSE DE LA CHARGE DE TRAVAIL : UN POINT DE VUE SOCIOLOGIQUE A LA DECOUVERTE DES LOGIQUES D'ACTION.

GILLES HERREROS [*]

L'analyse de la charge de travail à l'hôpital ne peut relever d'une démarche spontanée. Au delà des apparences, la notion de "charge de travail" est, en effet, plus complexe qu'il n'y paraît. Qu'est-ce que le travail ? Un ensemble d'actes facilement quantifiables (par exemple le nombre d'anesthésies pratiquées) ? Une somme d'activités disparates nécessaires à la préparation d'un acte ? Un environnement fait de relations multiples, complexes enchevêtrées ? Selon l'acception retenue, ce qui est nommé "**charge de travail**" recouvre des réalités différentes. En outre, peut-on considérer qu'une charge soit toujours quantifiable ? Comment, par exemple, mesurer la charge entendue comme "l'honneur" d'assumer une responsabilité ? Ces quelques interrogations classiques de la sociologie des organisations sous-tendent l'idée que, toute intention de transformation des modes de travail, pour alléger la charge tout en tentant d'améliorer la qualité des soins proposés aux patients par exemple, passe par une véritable analyse des systèmes de travail (I). De cette analyse dépend la possibilité d'introduire ou non une dynamique de changement au sein des organisations (II).

I - L'ANALYSE DES SYSTEMES DE TRAVAIL:

La pensée managériale qui s'est développée au sein des organisations en général et en particulier à l'hôpital, suggère, depuis les années quatre-vingt, la nécessité d'introduire plus de souplesse, plus de réactivité dans les services de soins pour améliorer, à coût constant, la qualité des prestations fournies aux patients. Certains ont d'ailleurs voulu marquer ce mouvement en parlant de l'hôpital comme d'une entreprise. C'est dans ce cadre là que s'est développée la thématique du changement portée par la loi hospitalière de 1991 et rendant incontournables les projets d'établissement. Pour le sociologue de l'organisation cette "pensée" managériale mérite d'être abordée avec prudence. Le volontarisme ou (dans le meilleur des cas) les bonnes intentions dont elle est porteuse, ne suffisent pas à engager les changements espérés (a) ; sans doute faut-il lui préférer quelques principes d'analyse qui, s'ils ne sont pas en eux-mêmes LE CHANGEMENT, n'en constituent pas moins une étape incontournable (b).

a) Le volontarisme managérial et les bonnes intentions.

La pensée managériale inspire fréquemment l'idée que pour mieux organiser il convient soit de mieux rationaliser, soit de "faire participer", soit l'un et l'autre. Ainsi, managers d'équipes (professionnels ou improvisés), responsables de ressources humaines, cadres hospitaliers, médecins... se lancent dans des opérations de réorganisation souvent hasardeuses. Ici les procédures se renforcent, la formalisation s'impose, la standardisation des pratiques est érigée comme garantie d'efficacité, l'écriture des règles prescrites devient synonyme de performance, on scande le trop fameux : "écrire ce que l'on fait et faire

[*] *Gilles Herreros, sociologue, Maître de Conférences à l'Université Louis Lumière Lyon II.*

ce que l'on écrit". Selon les lieux, la terminologie ou les processus changent, mais derrière les thèmes, par exemple de la démarche qualité, de l'accréditation, de la certification, du projet de service on retrouve les figures multiples de la rationalisation, véritable mythe de l'efficience. Ailleurs on entend "investir dans l'humain", gérer les compétences et les ressources selon la logique du développement personnel et collectif. Les maîtres mots sont ceux de l'enrichissement des tâches, de la responsabilisation, de la participation. "Faire avec" devient un leitmotiv.

Sans doute ces orientations dites de la rationalisation ou de la participation ont-elles quelques vertus mais, lorsqu'elles font l'économie d'un investissement sur la connaissance du fonctionnement réel de l'organisation, et l'impasse sur la production d'un diagnostic (sociologique) des lieux, elles se condamnent à ne pas voir arriver les difficultés. La mise en œuvre de quelques principes d'analyse peut éviter de se retrouver confronter à ce que d'aucun qualifie de "résistance au changement".

b) Quelques principes d'analyse et de réflexion.

La sociologie des organisations invite à lire les situations de travail selon une posture particulière; elle peut prémunir de fâcheuses déconvenues lors d'une démarche de changement. Quatre idées principales donnent à voir la forme de raisonnement suggéré par la sociologie.

- **Première idée** : Les acteurs d'un système participent toujours à la production de celui-ci. Cela revient à dire en d'autres termes que, ce que chacun peut légitimement déplorer au sein d'une organisation est, de manière plus ou moins directe, produit en partie par ceux-là même qui se plaignent. Cette idée ne débouche pas sur de la contrition ou de l'auto culpabilisation mais sur le principe selon lequel c'est sur leurs propres pratiques professionnelles que les acteurs doivent se tourner pour travailler à la résolution des difficultés de l'organisation plutôt que de désigner celles de "**l'autre**" comme responsable de tous les maux du système. Dans une telle perspective le changement n'est rien d'autre que le réexamen des pratiques et de leurs effets de chacun par chacun.

- **Deuxième idée** : Les acteurs ne se laissent jamais traiter comme des "moyens" au service d'une "fin". En effet le ressort de l'action ne peut être contenu par une finalité, serait-elle l'intérêt général. Chacun, dans une organisation, disposant d'une rationalité propre, poursuivant des enjeux spécifiques (liés à la tâche ou à la façon de la concevoir), disposant d'un minimum d'autonomie (même infime) se trouve en mesure de déployer un comportement stratégique. Cette stratégie peut en toute légitimité (les acteurs ayant toujours de bonnes raisons de faire ce qu'ils font) déboucher sur des comportements collectifs contraires à ceux attendus. Le changement n'est pas envisageable sans l'analyse préalable de ces stratégies. Ne pas prendre en compte ces dimensions risque entraîner une attitude opposante qui va être qualifiée de "résistance naturelle au changement". Pour le sociologue, cette résistance n'a rien de naturelle elle est stratégique ; elle est le symptôme des bonnes raisons qu'ont les acteurs de ne pas vouloir s'engager dans le changement. Autrement dit, on ne mobilise pas un collectif humain sur des objectifs généraux mais bien sur les intérêts spécifiques que chacun peut nourrir dans l'exercice de son activité professionnelle.

- **Troisième idée** : L'organisation est nécessairement structurée par des jeux de pouvoir. Ce n'est ni bien ni mal ; le pouvoir est concomitant aux organisations. De la compréhension de ses modes d'exercice dépend la possibilité d'agir sur celles-ci. Le pouvoir évidemment ne doit pas s'entendre comme un statut, une fonction, attribués formellement et dont un organigramme pourrait rendre compte. Le

pouvoir relève plutôt d'une relation, d'un rapport de forces dont la nature est donnée par les ressources que chacun peut mobiliser (l'expertise possédée, l'information maîtrisée, la connaissance des règles, de l'environnement...) . Ainsi, dire de tel acteur qu'il a nécessairement le pouvoir au regard de son statut, de son titre, de sa position, c'est prendre le risque de ne pas cerner la façon dont les ressources sont effectivement distribuées dans l'organisation et, de ce fait, de passer à côté des véritables (dés)équilibres de pouvoir qui organisent le travail.

- **Quatrième idée** : Pour introduire une modification du travail ou des activités, à l'hôpital ou dans une autre organisation, les textes ne sont pas suffisants. Il est fondamental d'établir un "état des lieux", un diagnostic partagé par tous les acteurs concernés. Cette analyse mobilisant les trois idées exposées précédemment porte sur les pratiques des acteurs et leurs effets, sur les stratégies légitimes déployées par les uns et les autres, sur la structure des relations de pouvoir... Une précision importante s'impose : la production de ce socle cognitif commun minimum qu'est le diagnostic du service ne doit pas être confondue avec une évaluation. La réalisation de ce diagnostic partagé (c'est à dire restitué aux intéressés et débattu, controversé avec eux) suppose de ne pas avoir d'idées préconçues au départ et donc ne pas tenter plus ou moins consciemment de référer les lieux analysés à une quelconque norme idéale. Le diagnostic sociologique d'une situation de travail n'est pas une mesure des écarts entre ce qui est et ce qu'une norme dit de ce qui devrait être.

II - LA DYNAMIQUE DE CHANGEMENT DANS LES ORGANISATIONS.

Le diagnostic sociologique de l'organisation fait apparaître les équilibres et déséquilibres du système de travail. Les souffrances ressenties par les personnels, les alliances, les mésalliances, les logiques déployées par chaque groupe et ce qu'elles engendrent de coopérations ou de tensions..Les points forts de l'organisation sont mis en lumière, les éléments de régulations de l'ensemble sont mis à jour mais aussi les points de fragilité ; c'est à dire le prix que les acteurs paient (et il n'est pas question ici de coûts strictement économiques) pour que le système puisse fonctionner. Ce travail réalisé et ayant donné lieu à une validation par les acteurs concernés, la question du changement reste entière, comment l'introduire ? Sur quoi peut-il et doit-il porter? Sans prétendre couvrir entièrement les questions ici posées , deux séries de remarques peuvent néanmoins être formulées. Il ne peut y avoir de changement qu'au travers de la recherche de compromis entre les logiques à l'œuvre au sein de l'organisation, du service (a), le processus de changement gagne à s'inspirer de la démarche dite de réseau (b).

a) Le compromis entre les logiques d'action.

Les notions de compromis et de logiques d'action méritent quelques éclaircissements. Le terme de compromis tout d'abord ; il est souvent peu valorisé (réaliser un compromis c'est un peu se compromettre), et de surcroît fréquemment confondu avec celui de consensus (dont on dit généralement qu'il est mou car sa fonction principale est d'éviter les tensions). L'acception que nous proposons est très différente. Le compromis se construit dans la friction entre points de vue distincts dont il n'est pas question de gommer les caractéristiques. C'est un accord, une forme d'entente entre partenaires qui doit être recherché malgré leurs différences de logiques. Ainsi le compromis n'exige-t-il pas que les uns ou les autres renoncent à ce qui les rend singuliers (l'anesthésiste n'est pas un chirurgien et réciproquement) mais au contraire que, par delà cette singularité maintenue, soit recherché un rapprochement, un

"commun". En substance l'idée avancée revient à souligner qu'il n'est pas besoin d'être identique en tout point pour pouvoir être ensemble. Il n'est pas nécessaire de nier les logiques de chacun pour que celles-ci puissent coexister. Unetelle proposition exige donc que les logiques d'acteurs se confrontent, entrent en controverse pour que puisse surgir de cette friction l'éventail des rapprochements possibles. Le paradoxe du raisonnement c'est qu'on ne peut trouver de compromis sans avoir d'abord identifié des logiques distinctes, organisé leurs discussions et repéré leurs oppositions. Concrètement cela signifie que c'est de la confrontation que naît le compromis. Sans organisation de la première on ne débouche pas sur le second. Dès lors que l'on reconnaît l'autre dans sa différence mais aussi dans sa "commune dignité humaine", on peut faire l'hypothèse que le compromis est (en méthode au moins) toujours possible. Tant qu'il n'est pas trouvé il convient d'étayer la controverse pour mieux repérer le champ des possibles en matière de rapprochement.. Les logiques d'action, quant à elles, renvoient à l'idée qu'un acteur (individuel ou collectif) dans sa pratique professionnelle déploie dans ses modes de jugement, sa façon de lire et d'estimer les situations et ses collègues, un système de lecture ordonné, cohérent. Les logiques peuvent être, en situation, différentes selon les acteurs, c'est de cette différence qu'il convient de partir plutôt que de chercher à organiser une hiérarchisation des logiques entre elles. Illustrons le propos. Dans un service de soin, les uns peuvent faire valoir que pour la qualité du service fourni au patient, priment la technique, la technologie, la science, les instruments performants (logique "industrielle"). D'autres peuvent mettre en avant la qualité des relations entre personnels et malades cherchant à créer une forme de proximité ou chacun peut retrouver en ces lieux de soins une véritable hospitalité (logique "domestique"). Certains
choisissant de mettre l'accent sur l'équité face à la maladie, l'équité des positions professionnelles, peuvent plutôt valoriser une logique civique ou prévalent les règles de droit, le réglementaire. C'est aussi le regard gestionnaire qui peut être rencontré considérant que le rapport coûts / rendements est au fondement de l'efficacité et donc de la satisfaction du patient devenu client (logique marchande). Chacune de ces logiques se trouve portée par les collectifs de travail, chacune a sa cohérence propre ; la question qui est alors posée au sein des organisations est moins de savoir laquelle de ces logiques doit prévaloir mais bien plutôt comment organiser les conditions de leur cohabitation. Sommairement on peut donc présenter le compromis entre les logiques d'action comme une façon de rapprocher des modes de comportement, de jugement, des pratiques, non pour les fondre mais pour les articuler en prenant appui sur ce qui importe pour chacune d'elle.

Depuis cette perspective le changement peut être pensé comme un processus où les innovations, les transformations sont le fruit de ces compromis de logiques. Ils induisent de nouvelles formes de coopérations, de relations, d'organisation ; la démarche dite de réseau peut aider à éclairer ce type de processus.

b) Le changement et la démarche de réseau.

La notion de réseau, très utilisée aujourd'hui, désigne toutes formes de constructions et chacun y va de sa proposition. Pour le sociologue le réseau possède une définition précise ; figure qui ne se confond ni avec une organisation ni une institution, le réseau est un ensemble hétéroclite de choses et de gens qui ont été mis en liens au travers de coopérations qui n'ont d'autres finalités qu'elles-mêmes, dont on ne peut donc préjuger de ce dont elles seront porteuses. Un réseau au sein d'un hôpital ce n'est pas simplement un maillage plus ou moins serré (à l'image du réseau routier), c'est aussi un système de

collaborations s'appuyant sur les objectifs de chacun ce qui n'exclut pas qu'un objet commun (un projet, une idée, une intention...) puisse être induit par cette coopération. Au sein de ce que les sociologues nomment le réseau, les points d'arrivée, les orientations, ne sont pas décrétés en amont par une quelconque autorité, ils sont définis au fur et à mesure des avancées réalisées. Un réseau est nécessaire pour porter un projet mais en même temps c'est le projet qui en se constituant (progressivement) organise le réseau. Il y a là une dialectique de l'entre définition. C'est le contenu (le projet) qui donne le contenant (les acteurs qui soutiennent le projet) mais le contenant en se constituant re-forme et déforme le contenu. Cette démarche est très éloignée des traditionnels projets conçus par des experts et valorisés ensuite par des responsables de
communication chargés de convaincre des bien faits du projet. Le réseau est une démarche plus ouverte, plus aléatoire où les innovations supposent la co-production entre les différentes parties prenantes de la démarche. Une telle conception débouche sur l'idée qu'un projet n'a jamais de vertu intrinsèque ; sa "solidité" lui est donnée par la force du réseau qui le porte et, pour que le réseau en question ait une réelle force, le projet ne peut avoir été conçu en amont dans ses moindres détails par une équipe d'experts, aussi performants soient-ils.

Ainsi la meilleure idée de changement dans une organisation n'est pas celle que les cadres, gestionnaires, managers d'équipe, peuvent avoir et souhaitent "expliquer" aux personnels. La meilleure idée de changement est celle que le plus grand nombre s'accorde à considérer comme telle après avoir été associé à sa production. La force du "fait" (innovation, projet...) est dans la force du réseau.

CONCLUSION :

Pour introduire le changement dans une organisation ou plus simplement pour gérer les relations dans un espace de travail, il n'y a évidemment aucune voie royale. Le "one best way" de la pensée rationalisatrice n'existe pas. Toutefois, quelques éléments de méthode mis à jour depuis déjà quarante ans de travaux sociologiques méritent d'être soulignés sous forme d'étapes :

- la production d'un état des lieux,
- l'organisation d'une controverse autour de la connaissance du fonctionnement de l'organisation

ce sont deux des moments fondateurs d'une démarche de changement. De cette confrontation surgit l'expression des différentes logiques à l'œuvre ; les repérer comme singulières et distinctes n'exclut pas leurs rapprochements partiels de l'intensité de la controverse entre elles dépend paradoxalement la possibilité d'identifier ce par quoi elles peuvent être rapprochées.

Enfin, l'action collective nécessaire à l'avènement d'un changement organisationnel dépend moins de la qualité du changement proposé que du processus par lequel les acteurs se trouvent être liés à la définition dudit changement. De ces quelques principes dépend la dynamique de coopération dans les organisations

DE LA FORMATION CONTINUE COMME EXIGENCE ETHIQUE PROFESSIONNELLE : LA VERIFICATION DE LA QUALITE DES SOINS, L'ACCREDITATION, ET LA CERTIFICATION .

DOCTEUR RICHARD DOMERGUE [*]

EXPOSE DES MOTIFS :

1. Le rapport entre la FMC et la charge de travail de l'AR doit être analysé d'une manière plus globale, il faut intégrer les enjeux de l'obligation, de la recertification, de la qualité des soins , du financement et de l'organisation du système de santé.

Cependant, il est admis qu'un professionnel à compétences garanties (avec un label) apparaît comme performant, au sens qualitatif recherché par la population et au sens économique (meilleure adéquation entre qualité et coût) recherché par les pouvoirs publics.

Ce constat, bien qu'encore non démontré objectivement, est intuitivement la base de toute la réflexion sur la FMC. Ainsi l'employeur tient-il compte de ce postulat dans le temps et l'argent qu'il accorde au professionnel chargé de délivrer les soins.

2. En toute logique, l'employeur (pouvoir public ou système d'assurance privé) va alors à s'intéresser, puisqu'il paie, naturellement à la qualité de la formation du professionnel en s'assurant qu'il suit des formations accréditée par ses instances « scientifiques ». Il en viendra, rapidement, à s'interroger sur la nécessité de faire (re) certifier (ou valider) le professionnel qu'il emploie pour conforter, ainsi, son image auprès du public mais aussi se prémunir en responsabilité en cas de problèmes médicaux légaux.

Cette (re) validation devrait se réaliser, à l'issue d'une période quinquennale, selon une méthode utilisée dans les pays qui la pratique à partir d'une validation évaluation des pratiques (sans d'examen théorique) par un collège soit hospitalier soit de spécialité qui examinerait les résultats d'une évaluation continue .

L'évaluation devient donc un des outils de la qualité des soins et du recueil des besoins de formation, il doit être intégré complètement au temps de travail.

Cette demande d'intégration de la FMC dans le temps de travail assorti d'un financement hospitalier doit déboucher pour le praticien sur une analyse précise de ses objectifs institutionnels et personnels de formation (les thèmes définis par l'employeur ne doivent être prépondérant) avec une approche plus globalisante du rôle du PH dans l'hôpital (temps consacré au processus d'assurance qualité et évaluation .)

3. La formation institutionnelle incluse dans le plan de Formation du Praticien doit (co) exister avec un nécessaire espace de liberté de formation, indépendant de l'employeur, destiné entre autres, à son évolution professionnelle personnelle fonction de ses besoins propres.

[*] *SAMU 13 Hôpital de la Timone Marseille*

La seule garantie de cette indépendance passe par la liberté de choix, par le praticien de la gestion de son temps de formation et probablement par sa participation personnelle à son financement ?

4. Dans ce contexte il reste à clarifier les rapports avec l'industrie pharmaceutique dans le financement de la FMC du praticien par l'adoption d'une charte de qualité.

PLAN D'ETUDE :

1. Où en est-on à l'étranger ? seront envisagés les aspects organisationnels,
2. et financiers en rapport avec les différentes obligations du praticien : formation, évaluation, accréditation et certification.
3. Le temps de travail et le type de formation (à multiples besoins plusieurs réponses)
4. Conclusions pratiques sur la formation et son rôle social
5. Stratégie propre au SNPHAR de propositions législatives et réglementaires

****

COMPTE RENDU DE L'EXPOSE DE R.DOMERGUE

(recueilli par J.C. Barrière)

Où situer certaines activités :de formation, de recertification et d'assurance qualité ?
Il faut une adéquation entre compétence, performance, qualité et coût. **Et c'est l'activité d'évaluation qui est à inclure dans le temps de travail.**

- **L'expérience européenne :**

On s'aperçoit à la suite d'une enquête que nous montre R. Domergue, que l'accréditation et la recertification sont très réduites (le seul pays qui semble les pratiquer couramment est la Slovénie).
DANS LES AUTRES PAYS EUROPEENS LES FINANCEMENTS SONT VARIES, L'ANGLETERRE EST A PART.

Il existe en tous cas, de nombreux partenaires financiers et l'obligation a été supprimée en Allemagne.

Les obstacles au développement d'une Formation Médicale Continue (FMC) sont essentiellement le financement puis le manque de temps.

- **Si on considère l'exemple anglais :**

Il comprend une formation agréée ;il faut faire un compte rendu des formations qui sont à adresser au collège.
Il y a un audit de 5 % des rapports adressés au collège par an.
Il existe des congés de temps de travail.

- **- Les champs de la Formation Médicale Continue (FMC) Hospitalière**

Il en existe cinq individualisés :
1. Personnel
2. Métier
3. Hôpital
4. Santé publique
5. Administratif

Les champs 1 et 2 relèvent d'une initiative individuelle (liberté), les champs 3 et 4 relèvent d'un caractère institutionnel, le champ 5 se situe hors obligation du financement FMC.

Donc la Formation Médicale Continue doit être vue en terme de temps et en terme de financement.

INTEGRATION DES DEMARCHES D'EVALUATION DANS LA CHARGE DE TRAVAIL

DOCTEUR CATHERINE BAUWENS [*]

L'évaluation est un mot que l'on entend beaucoup prononcer depuis une dizaine d'années. Pour bien préciser ce dont on parle, il paraît nécessaire de rappeler quelques définitions.

1. L'EVALUATION, QU'EST CE QUE C'EST?

1 - 1 L'évaluation consiste à mesurer le niveau de réalisation d'objectifs déterminés préalablement à l'action.

Elle peut s'appliquer à une politique, un programme, une structure, en s'intéressant à leur pertinence, leur organisation, leur cohérence, leur efficience ou leur impact.

Elle concerne en totalité ou en partie les moyens mis en œuvre, les procédures utilisées et les résultats constatés.

Elle peut être externe ou interne selon la place où se situe le responsable de l'évaluation.

Elle utilise des référentiels préalablement déterminés et mesure les écarts entre les référentiels et les caractéristiques de l'entité soumise à évaluation.

Appliquée au domaine des soins, elle s'intitule « évaluation de la qualité des soins » ou « évaluation de pratiques professionnelles »

1 - 2 Evaluation de la qualité des soins (évaluation des pratiques professionnelles) selon l'O.M.S. :

« Démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à la science médicale, au meilleur coût, pour un même résultat, au moindre risque iatrogènique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »

La méthode la plus utilisée dans ce contexte est l'audit clinique.

1- 3 Audit clinique

Méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats des soins, avec l'objectif de les améliorer.

1 - 4 La qualité :

C'est « l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. » (ISO 8402)

[*] *Service d'Anesthésie - Réanimation, Hôpital Boucicaut. Paris*

Appliquée au domaine des soins, la qualité peut se définir comme le « niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations, et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles. »

On voit que l'évaluation est une démarche qui s'inscrit dans la maîtrise de la qualité des soins et l'amélioration de cette qualité. Elle s'impose avant tout comme une exigence éthique. De plus, la loi portant réforme hospitalière de 1991 l'a rendue obligatoire et cette obligation a été renforcée par l'ordonnance d'Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

L'ANESTHESIE REANIMATION EST PLUS QU'UNE AUTRE PREDISPOSEE A ENTRER DANS CE TYPE DE démarche :

Elle expose le patient à un risque important

Ce risque est trop peu mis en regard du bénéfice thérapeutique et d'autant plus mal vécu par le patient et le praticien.

C'est une activité transversale par nature

Les anesthésistes réanimateurs se trouvent au centre d'un système de soins complexes et sont plus facilement conscients que d'autres spécialistes des dysfonctionnements du système. Cette position les met en bonne place pour promouvoir la démarche d'évaluation et d'assurance qualité auprès des autres services de l'hôpital, mais elle les pénalise parce que ce sont eux qui pour une bonne part doivent les assumer.

Les propriétés et caractéristiques qui déterminent la satisfaction du client sont

particulièrement applicables à l'anesthésie réanimation :

Ce sont classiquement la sécurité, l'efficacité, le caractère approprié, l'opportunité, la continuité, la disponibilité, l'accessibilité, l'égalité, le respect et la bienveillance.

La réglementation réserve à la sécurité une place particulière

Néanmoins, tous ces critères sont importants surtout dans notre spécialité où le terme de « clients » est pris au sens large : les patients, les chirurgiens, les autres membres de l'équipe anesthésique, les tiers intervenants (cardiologues, pneumologues et autres spécialités) et les administratifs.

1. LES DIFFERENTS CHAMPS DE L'EVALUATION EN ANESTHESIE REANIMATION

Les pratiques.

Cela comprend non seulement les intervenants (qui doivent être compétents) mais aussi les ressources et l'organisation qui doivent être adaptées

En effet les intervenants sont nombreux auprès d'un même patient et les risques de non qualité se situent souvent aux interfaces entre praticiens intervenants. Le résultat final va dépendre autant du caractère approprié des pratiques cliniques de chaque intervenant que de l'organisation et des procédures mises en place.

Les résultats

Cela suppose la définition d' indicateurs pertinents ainsi qu'un système de recueil, d'analyse et de suivi.

Les étapes du processus anesthésique

Chaque processus anesthésique se décompose en plusieurs étapes. Au sein de chacune d'elle, une succession de tâches est à réaliser :

Phase pré-anesthésique ::

Consultation, Programmation, Visite préanesthésique, Préparation à l'anesthésie.

Phase per-anesthésique::

Anesthésie générale ou locorégionale, Entretien, Monitorage, Réanimation peropératoire

Phase post-interventionnelle:

Surveillance, Analgésie postopératoire, Monitorage, Réanimation postopératoire, Prévention de l'infection postopératoire, Prévention des thromboses,

Les autres domaines d'activité de l'anesthésiste-réanimateur :

L'analgésie obstétricale

La prise en charge des urgences

L'organisation de la chirurgie ambulatoire

Les soins intensifs et la réanimation

La participation à la gestion de certains risques (vigilances, hygiène)

2. COMMENT EVALUER ? SUR QUELS REFERENTIELS S'APPUYER ?

De nombreux textes constituent la masse des référentiels en Anesthésie-Réanimation. Ils s'imposent à des niveaux variables et s'appliquent aux différents champs du processus anesthésique.

Les textes réglementaires :

Les Décrets et les Arrêtés qui sont les textes les plus forts et ne peuvent être modifiés que par des textes ayant au minimum la même force réglementaire.

Les Circulaires Ministérielles qui sont soit des interprétations des textes précédents, soit des souhaits du Ministère. Elles soulignent l'importance de la question soulevée mais ne s'imposent pas administrativement.

Les références médicales opposables (R.M.O.) sont avant tout des textes encadrant les pratiques médicales ouvrant droit à la perception d'honoraires remboursés par les caisses d'Assurance Maladie. Ils n'ont pas d'autre prétention juridique.

Les recommandations professionnelles

Les recommandations professionnelles de la S.F.A.R., les conférences de consensus, les conférences d'experts, les bonnes pratiques médicales de l'A.N.D.E.M. précisent quelle est la pratique médicale validée par la profession. Ces textes ne s'imposent pas avec la même force que les réglements, mais il n'est pas niable qu'en cas de problème juridique ils peuvent constituer une référence.

Les réflexions d'un Comité Spécifique

Elles ont pour but d'aider les praticiens à améliorer leurs pratiques et sont à regarder comme un objectif idéal.

3. QUELS MOYENS FAUT IL ?

La nature même de la mission de l'anesthésiste-réanimateur fait qu'il se livre quotidiennement à des démarches d'évaluation sans le savoir et un projet simple peut s'intégrer dans notre charge de travail quotidienne. Par contre, il est clair que des ressources humaines et matérielles doivent être dégagées dès que la demande est de plus grande envergure.

Investissement personnel et démarche collective

- Si la mise en place de procédures d'évaluation nécessite investissement et motivation personnels, elle demeure avant tout une démarche collective qui impose un devoir mutuel d'information et de coordination avec :
  - Les confrères de l'équipe anesthésique
  - Les autres partenaires médicaux
  -LES I.A.D.E. et I.D.E. des S.S.P.I. , U.S.I. ou services de soins
  -Les partenaires non médicaux
- Tous les personnels impliqués dans la santé sont plus ou moins concernés selon la dimension des projets. L'idéal étant qu'il existe un projet d'établissement intégrant la « démarche qualité ».D'ailleurs, certains établissements se sont dotés de professionnels de l'évaluation et de la qualité.
  -Structures de pilotage du système: A.R.H., Assurance Maladie, Directions d'établissements, C.M.E, Chefs de service.
  - Professionnels médicaux ou non médicaux de terrain**.**

Les moyens plus spécifiques

Toute démarche d'évaluation nécessite un recueil et un suivi de données, ce qui suppose l'affectation à cette activité de ressources humaines (secrétariat) et matérielles (équipement informatique).

Garantir à nos patients les soins les meilleurs, et plus généralement assurer la satisfaction de tous nos « clients » au sein d'une organisation aussi pertinente que possible est une exigence éthique et réglementaire pour chacun d'entre nous. Nous devons à tout moment

Savoir ce que nous faisons afin de pouvoir comparer nos pratiques avec les standards de qualité existants. Cette démarche « évaluatrice » s'intègre tout à fait dans les spécificités de l'exercice de l'Anesthésie-Réanimation et doit nous permettre de rester les novateurs que nous avons toujours été dans ce domaine par rapport à l'ensemble des spécialités médicales en France.

REFERENCES

1. Loi n°91-748 du 31 Juillet 1991 portant Réforme Hospitalière et modifiant le Code de la Santé Publique.

2. Ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

3. Décret n°94-1050 du 5 Décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique.

4. Arrêté du 3 Octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du Code de la SantéPublique.

5. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé- Principes méthodologiques. Paris, Octobre 1996, 80 pages.

6. Petit J. Evaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins en anesthésie-réanimation: une démarche stratégique. Ann. Fr. Anesth. Réanim.,15, 9-12, 1996.

7. Société Française d'Anesthésie-Réanimation. Les Référentiels en Anesthésie-Réanimation. Elsevier, Paris, 1997.

8. Projet de manuel d'accréditation pour les services d'anesthésie-réanimation. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1998; 17: fi 27-fi 30.

9. Décret n° 97-311 du 7 Avril 1997 relatif à l'organisation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé instituée à l'article L.791-1 du Code de la santé Publique et modifiant ce code.

10. Circulaire DGS-SPI-SQ/DH-EO-AF/98/674 du 17 Novembre 1998 relative aux priorité de Santé Publique à prendre en compte pour l'allocaion de

ressources aux établissements de santé pour 1998.

11. L'Accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française. Sous la direction de Christophe Ségouin. Les Dossiers de l'AP-HP.

DISCUSSION SUR LES INTERVENTIONS DE RICHARD DOMERGUE ET CATHERINE BAUWENS.

Propos recueillis par Jean Claude .Barrière.

Max .Doppia : - Revient sur l'exposé de R. Domergue: le praticien doit avancer un financement personnel. Si la formation s'inscrit dans le projet personnel inscrit dans un projet de service, ceci va dans le sens d'une amélioration. Qu'est-ce qui justifie alors un financement personnel ?

R. Domergue ***:*** *- Le financement est une charge financière et une charge de temps pour ceux qui ne sont pas en formation.*
- Par rapport à la question de M. Dru, les problèmes de la FMC sont le temps et l'argent, on se dirige vers des difficultés extrêmes.
Il existe des limites au financement et les besoins individuels ne sont parfois pas inclus dans les limites.
Les thèmes de formation peuvent être imposés dans le cadre d'un projet d 'établissement. D'où l'impression d'un manque de «liberté » de choix.
Le temps ,avec le profit démographique à venir, sera-t-il disponible ?

J. Garric *propose deux commentaires :*
Ne pas oublier que lorsqu'on évalue ou du moins quantifie la charge de travail on doit viser la qualité.
Si on met au point un outil et si on utilise un matériel humain, il faudra de toute façon du «temps » pour mener cette tâche de front avec le quotidien. La formation sur place aux USA n'est pas indispensable. Il existe la même chose en France.

C. Lapandry pense que tout ceci est hors sujet.

P. Dassier :il faut voir comment se passe la FMC dans d'autres sphères de compétence. On aide le praticien à s'améliorer. Il fait une comparaison à la simulation dans l'aviation et demande si la recertification deviendra obligatoire et si elle se rapprochera de celle des pilotes d'avion ?
Il souligne le rôle du collège qui permettra de bien défendre un certain type et une certaine éthique de certification.
Il pense que l'évaluation en France n'aboutira pas à la non-accréditation de l'établissement.
Il y a plusieurs années, on était « flou » mais récemment il y a d'autres données : les payeurs accepteront-ils de payer un établissement cher, non accrédité.

R. Domergue **:**- L'obligation de la FMC saute complètement si les acheteurs de soins définissent la règle du jeu. Les médecins seront sélectionnés.

Nathalie . Clavier :- Par rapport au tableau concerné, N. Clavier demande si le tableau présenté par R. Domergue concerne la médecine ? La réponse est oui. Donc pour N. Clavier, c'est pour tout le monde pareil !

Jean . GARRIC : : - Il faut repérer les dysfonctionnements et élaborer des fiches de procédures.

DELIMITATION DE LA PLACE DE L'ANESTHESISTE REANIMATEUR HOSPITALIER DANS LA PRODUCTION DE SOINS

DOCTEUR JEAN GARRIC *

Étudier la charge de travail des PHAR ne peut éviter le débat sur «quel est le rôle de l'anesthésiste réanimateur dans nos hôpitaux publics et nos services ?»

Répondre à cette question est essentiel, car sinon pour notre employeur comment organiser les soins, déterminer les besoins en homme, et pour nous-même, comment réellement nous épanouir dans notre métier ?

D'une manière générale, il peut être déjà dit que le rôle de l'anesthésiste réanimateur est et doit être subordonné à sa compétence. Sans vouloir entrer dans le débat sur sa définition et sa signification exacte, la compétence est le résultat de l'acquisition et de la reconnaissance d'un savoir, et de l'acquisition d'une expérience, expérience pouvant être définie comme la mise en application pratique du savoir.

Mais l'anesthésiste réanimateur peut voir aussi déterminer son rôle par voie réglementaire. Si on peut espérer que dans la majorité des cas, le législateur s'est appuyé sur la reconnaissance d'une véritable compétence, dans quelques cas, c'est plus l'observation de l'existant qui a conduit à de tels textes. Cette réglementation est intéressante car elle permet de reconnaître du temps médical soit à plein temps, soit partiellement.

1. DU MEDECIN GENERALISTE AU SPECIALISTE A PART ENTIERE

- *Au début de l'anesthésie : Dentiste, chirurgien + infirmière*
- *Puis médecin non spécialiste*
- *Puis C.E.S. d'anesthésie-réanimation ----- polyvalence des fonctions*
- *Puis enfin D.E.S.*

On ne peut non plus éviter de faire un rapide rappel historique. L'anesthésie est une jeune discipline. Découverte il y a près de 150 ans par des dentistes, puis d'application progressive en chirurgie sous le contrôle unique du chirurgien, seul ou secondé par une infirmière, ce n'est que dans les années 1950/1960 que le besoin en médecins s'occupant uniquement de l'anesthésie s'est fait ressentir. Les premiers anesthésistes en France n'étaient que des médecins non spécialistes, qui sont allés acquérir leur savoir pour la plupart dans les pays anglo-saxons. Ce n'est qu'en 1965 qu'elle est devenue une spécialité à part entière, reconnue à la fois par le Conseil de l'Ordre, par les Facultés de médecine et par les hôpitaux. Mais la spécialité restait peu choisie par les internes; elle ne s'est développé que par le biais des CES.

Parallèlement, devant les progrès sans cesse croissants de la chirurgie, le chirurgien, issu de l'internat, se déchargeait de tout ce qui n'était pas de son ressort propre sur ces médecins, mais tout en gardant la prérogative de l'organisation et de la responsabilité sur les patient. C'est ainsi que les PHAR,

* Réanimation Chirurgicale, Hôpital Central, NANCY

totalement sous la coupe des chirurgiens, ont acquis un rôle transversal à l'intérieur de tous les services de chirurgie. Ne disait-on pas que les anesthésistes étaient les médecins généralistes des services chirurgicaux ! De là, «bonnes à tout faire» d'un service, ils sont devenus «bonnes à tout faire» des hôpitaux, et nous avons géré ce que peu de personnes voulaient faire : réanimation, urgences, SAMU/SMUR ... Notre spécialité n'étant pas reconnue en pratique par nos pairs, notre compétence et notre rôle ne pouvaient être mieux définis ...

Pourtant, en 1980, nous sommes devenus autant responsables de nos actes que les chirurgiens, et en 1985, tout spécialiste devait être forcément un interne.

2. DIPLOME D'ANESTHESIE-REANIMATION CHIRURGICALE

- ***acquisition d'un savoir :***

⇒ *anesthésie*
⇒ *réanimation chirurgicale*
⇒ *transfusion*
⇒ *urgences vitales*
⇒ *douleur aiguë*

- ***acquisition d'une compétence :***

⇒ *anesthésie*
⇒ *réanimation chirurgicale et médico-chirurgicale*
⇒ *douleur aiguë postopératoire*
⇒ *urgences vitales au bloc opératoire et en réanimation*

Quel savoir nous donne le DES d'anesthésie-réanimation chirurgicale :?

- en anesthésie : c'est l'essence même de notre métier; on n'insistera donc pas, mais déjà ici nous devons nous poser la question : est-ce que tous les types d'anesthésie doivent être l'apanage exclusif de notre profession ?

- en réanimation : théoriquement exclusivement chirurgicale. En fait, il n'existe pas plusieurs types de réanimation, alors qu'il existe plusieurs provenances des patients. Donc nous avons aussi des compétences sur les réanimations médico-chirurgicales (polyvalentes).

- en algologie : essentiellement sur la douleur aiguë

- sur les urgences vitales

- en transfrusion sanguine

Le DES doit donner non seulement un savoir mais aussi une compétence, par le biais de l'obligation de stages pratiques : c'est bien le cas pour l'anesthésie et la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire, pour la réanimation chirurgicale, pour la pirse en charge des urgences vitales au bloc opératoire et/.ou dans les réanimations chirurgicales.

3. D.E.S. A.R. ET URGENCES, DOULEURS :

- ***Urgences*** *: aucune compétence dans la logistique et les urgences tout venant.*
- ***SAMU / SMUR*** *: stage pratique ?*
- ***Douleur*** *: chronique ?*
- ***Réanimation médicale*** *: surtout nécessité de superposer les enseignements et les pratiques , soit acquisition de savoirs supplémentaires*

Dans les SAU, 95% des urgences ne sont pas des urgences spécifiquement vitales. Rien dans notre enseignement ne nous conduit à un tel exercice. Or beaucoup de SAU sont tenus par des PHAR ... Ceci explique peut-être le désengagement de ceux-ci, et le ressentiment des urgentistes.

Pour les SAMU/SMUR, le problème est plus difficile, car les SMUR effectuent des missions où il existe un risque vital. La place des AR est alors totalement justifiée, mais alors manque à notre enseignement l'obligation de stages pratiques pour en particulier l'enseignement de la logistique et /ou stratégie de ces missions. La compétence n'est donc pas assurée.

Il en est de même pour la prise en charge de la douleur chronique, où si nous possédons théoriquement les acquis nécessaires en pharmacologie, en pratique de technique, ils nous manquent des données en physiopathologie, en neurologie et psychopathologie.

Pour ce qui est de la réanimation médicale, la place des AR n'est pas injustifiée, car, répétons-le, il n'existe pas plusieurs réanimations. Par contre, il est nécessaire d'acquérir une expérience au sein des services de réanimations médicales, et voire d'une meilleur superposition de l'enseignement de la réanimation entre les réanimateurs médicaux et les anesthésistes réanimateurs.

Il existe donc bien la nécessité d'acquisition de nouveaux savoirs pour obtenir la palette des compétences anciennement reconnues

4. REGLEMENTATION

- ***Anesthésie** : **décret 94 -1050***
- ***Réanimation** : **décrets réanimations***
- ***SAU, SAMU/SMUR** : **décrets***
- ***Reconnaissance d'un temps médical** :*

⇒ **Hémovigilance :** décret

⇒ **Greffes :** décrets

⇒ **Matériovigilance :** arrêté du 15/10/95

- ***Douleurs** : enseignement*
- ***Périnatalité** !!*

La réglementation précise l'organisation des soins :

- en anesthésie : par le décret 94-1050 : consultation, peropératoire, salle de réveil

-en réanimation : par des décrets à venir. Présence exclusive d'un M.A.R. dans les services de réanimatrions chirurgicales, possibles dans les services de réanimationsmédico-chirurgicales.

- SAU, SAMU/SMUR : soit la CAMU ou CMU, soit une expérience dans le service d'un ou de deux ans en fonction de la responsabilité.

Certains textes reconnaissent du temps médical :

- hémovigilant : tout AR peut être correspondant

-greffe : correspondants locaux, régionaux ...

-matériovigilance : pas de temps médical réellement reconnu, mais des postes d'IADE ont pu être attribués sur cette argumentation.

- douleur : essentiellement un rôle dans la prise en charge de la douleur aiguë et dans son enseignement non seulement au sein de l'établissement, mais aussi à l'extérieur de l'établissement.

Enfin le décret périnatalité nous reconnaît une compétence dans la réanimation néonatale, ce qui n'est certainement pas le cas.

5. SYNTHESE : OU SONT LES ANESTHESISTES-REANIMATEURS ?

- ***Dans les réanimations***
- ***Dans les services de surveillance continue chirurgicaux***
- ***En anesthésie : consultation, période per-opératoire, SSPI***
- ***En période post-opératoire : douleur aiguë et surveillance continue***
- ***Dans les SAU, SAMU/SMUR : sur compétence reconnue***
- ***Dans les cliniques de la douleur et les soins palliatifs : idem***

Dans les réanimations chirurgicales et médico-chirurgicales, la place des AR ne se discute plus. Par contre, il n'existe aucune norme fixant le nombre de médecins par unité.

L'anesthésie est sous le contrôle total des AR. Elle commence à la consultation et se termine à l'issue de la salle de réveil. Par contre ne sont pas déterminés le nombre de médecins par salles et de quelle manière.

En post-opératoire, la prise en charge de la douleur aiguë est totalement du domaine de l'anesthésiste réanimateur. Mais elle doit conduire à une reconnaissance en temps médical. Ce qui est difficile à déterminer. Mais elle ne doit pas pour autant rester l'apanage de la spécialité : par protocoles établis par les AR, d'autres acteurs médicaux des services chirurgicaux doivent pouvoir participer à la prescription de ces soins. Pour ce qui est des autres soins postopératoires, chaque intervention des AR doit aboutir à une reconnaissance dec es actions, soit par le biais de consultation, soit par le biais d'organisation d'unités de surveillance continue confiées aux PHAR.

L'activité des MAR dans les SAU, SAMU/SMUR, algologie, soins palliatifs, doit se faire sur compétence reconnue et doit être compensée par du temps médical. En première approximation, les AR doivent avoir dans les services SAU, SAMU/SMUR, plutôt un rôle d'encadrement.

Enfin, hémovigilance, matériovigilance, ne doivent pas être l'apanage des PHAR.

CONCLUSION :

- ***Le rôle de l'AR dans la production de soins doit être déterminé sur la reconnaissance d'une véritable compétence et doit conduire à une reconnaissance en temps médical.***
- ***C'est le rôle de la spécialité de défendre le champ de ces compétences, même si parfois, elles peuvent aboutir à un rôle réducteur.***

DISCUSSION SUR L'INTERVENTION DE JEAN GARRIC

P. Dassier : Prend l'exemple d'autres pays, un million d'anesthésies sont faites en dehors du bloc opératoire.
- Aux USA, il y a des techniciens médecins qui font certains actes pour décharger les anesthésistes.
- Il pense qu'on veut éloigner notre profession de certains noyaux centraux mais certains anesthésistes-réanimateurs sont contents de quitter la pénibilité du noyau dur central : Sommes-nous heureux d'être et de faire anesthésie-réanimation.

- Enfin si un collègue veut garder une activité dans les étages, pourquoi pas. Cela appartient à notre liberté. Mais était-ce le bon choix pour nos collègues qui avaient choisi de faire anesthésie-réanimation.

R. Domergue :- L'anesthésie-réanimation est une plate forme qui permet d'évoluer vers d'autres activités.

J. Garric :- A condition que cela reste dans notre champ de compétence.

M. Dru :- Pourquoi ?

J. Garric : - Parce que tu n'as pas eu le temps de faire ta compétence.

C. Lapandry : - Le débat est clos car il dévie sur une conception personnelle de l'anesthésie

HOPITAUX DE PROXIMITE, INTER ASSISTANCE : PALLIATIF OU LONG TERME ?

DOCTEUR DIDIER REA [*]

PLAN D'EXPOSE

DEFINITIONS
- *Juridique*
- *Politique*
- *Sanitaire et administrative*
- *En conclusion*

BESOINS SANITAIRES DE PROXIMITE
- *Urgences*
- *Soins médicaux et chirurgicaux*
- *Soins de suite et réadaptation*
- *Rôle social et accueil des démunis*
- *Prévention et éducation sanitaire*

MISSIONS DE PROXIMITE
- *Accessibilité*
- *Proximité hospitalière*
- *Complémentarité*
- *Maintien de l'emploi*
- *Evaluation*

ASSISTANCE INTER SERVICE
- *Dispositions réglementaires générales ordonnances 96*
- *Mesures incitatives*
- *Etat des lieux*

DEFINITIONS

Existe-t-il une définition juridique, administrative, sanitaire, politique des hôpitaux de proximité ?

1. JURIDIQUE :

Les hôpitaux publics relèvent, depuis la loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, d'un statut d'établissement public de santé et restent attachés à une collectivité qui peut être la commune ou le département.

Ainsi depuis 1941, le classement des hôpitaux s'ordonne autour d'une distinction entre établissements à caractère communal (CHG et CHR), départemental (CHS en psychiatrie) voir national (Quinze-vingt à Paris, Hôpital Saint Maurice).

Finalement la loi du 31 juillet modifiant le livre VII du code de la santé publique, en y introduisant un article L711-6, décrit les établissements publics de santé en centres hospitaliers et hôpitaux locaux, et

[*] *Service d'Anesthésie-réanimation, Hôpital de La Source, Orléans*

par un décret du 3 mars 1992 précise le classement de trente et un établissements publics de santé dans la catégorie des CHR (et /ou universitaires).

Faut-il alors en déduire que les hôpitaux de proximité seraient ceux qui n'auraient pas de vocation régionale ?

Toutefois, à l'intérieur des hôpitaux non centre hospitaliers régionaux, on mentionne parfois l'Hôpital de référence, l'hôpital de proximité et seule la circulaire n'21 du 3 juin 1993 relative à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers parle de petits établissements de proximité.

En conclusion, la notion d'hôpital de proximité ne semble pas s'appuyer sur un cadre juridique bien déterminé.

2. POLITIQUE

La santé étant devenue un paramètre important de la vie des français ; les élus locaux en charge des besoins de la population au sein des collectivités territoriales peuvent eux s'appuyer sur deux articles fondamentaux de la loi du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire qui stipule:

- Dans son article 21 : « le schéma d'organisation sanitaire assure une répartition équilibrée de l'offre de soins. Il accorde la priorité à la sécurité des soins. Il veille à l'égalité des conditions d'accès à ceux-ci sur l'ensemble du territoire et au maintien des établissements de proximité.
- Dans, son article 29: « l'Etat établit, pour assurer l'égal accès de tous au service public, les objectifs d'aménagement du territoire et de services rendus aux usagers que doivent prendre en compte les établissements et organismes publics, ainsi que les entreprises nationales placées sous sa tutelle et chargées d'un service public... l'Etat compense aux établissements, organismes et entreprises publiques les charges qui résultent du présent article. Toute décision de réaménagement ou de suppression d'un service aux usagers doit être précédée d'une étude d'impact. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article. Il précise notamment les règles permettant d'assurer l'équilibre entre les obligations des établissements, organismes et entreprises mentionnés au premier alinéa, et la compensation par l'Etat des charges qui en résultent.

A la lecture des ces deux articles peut-on alors exclure les établissements publics de santé de l'esprit de cette loi d'orientation ? Leur intégration induit cependant trois réflexions :

- Ce sont des «acteurs» à part entière de l'aménagement du territoire au même titre que les autres établissements, organismes ou entreprises nationales chargées d'un service public.
- La modification de leurs objectifs doit conduire à une étude d'impact et partant à une évaluation pour les usagers et l'économie locale d'une suppression de service ou d'une restructuration.
- La notion de compensation financière aux fins d'obtenir le financement des objectifs d'aménagement du territoire et de services rendus aux usagers.

La définition politique des hôpitaux de proximité émergent donc clairement et souligne le statut « de proximité » comme un déterminant politique majeur de l'aménagement du territoire.

3. SANITAIRE ET ADMINISTRATIVE

La définition sanitaire ou administrative des hôpitaux de proximité ne trouvent aucune justification particulière et semble bien plus flou.

L'élaboration des SROS dits de seconde génération a cependant consacré le concept de graduation des hôpitaux.

- En effet, le projet de SROS de l'ARHDF parlent d'hôpitaux de proximité et les définit à partir de leur production en actes chirurgicaux.
- Ainsi~ le projet de SROS de la région Centre conduit à la notion d'hôpital de proximité à partir de la définition de zone d'emploi, d'activités chirurgicales couvertes et de moyens humains et matériels à mettre en place.

Deux notions émergent à partir de l'élaboration des SROS : les besoins et les moyens.

4. En conclusion :

Aucune définition autoritaire ne permet de vraiment qualifier les hôpitaux de proximité. L'approche se fait alors sur la base de :

- Définition des missions des hôpitaux
- Leur impact sur l'aménagement du territoire
- L'évaluation des besoins des usagers et des moyens à mettre en oeuvre.

BESOINS SANITAIRES DE PROXIMITE

Si aucun champ du domaine de la santé ne peut être mis de côté : les soins de proximité doivent alors couvrir le curatif, le palliatif et le préventif

La nécessaire organisation de ces hôpitaux nous conduit à définir une couverture de besoins indispensables **Minimaux**. Mais à accepter aussi la possibilité de prise en charge par une structure adaptée différente.

Il devient alors évident et simple de retenir les besoins suivants

- Les urgences
- Les soins médicaux et chirurgicaux relevant plutôt de pathologie couran~es
- Le suivi des grossesses ne présentant pas de risques particuliers.
- Les soins de suite et de réadaptation
- Le rôle social de l'hôpital et l'accueil des plus démunis
- La prévention et l'éducation sanitaire.

Sans entrer dans la description fine des besoins dits « aigus » que constituent les urgences, les soins médicaux et chirurgicaux et le suivi des grossesses. Notons immédiatement et sans surprises que le médecin anesthésiste réanimateur est au centre des ces attentes.

MISSIONS DE PROXIMITE

L'article 21 de loi d'orientation du 4 février 1995 rappelle avec force que le « schéma d'organisation sanitaire" assure une répartition équilibrée de l'offre de soins » mais surtout «accorde la priorité à la sécurité des soins » et « veille à l'égalité des conditions d'accès à ceux-ci sur l'ensemble du territoire ».

Ainsi est reconnu avec la proximité l'obligation de donner une priorité: à la qualité des soins et la sécurité pour les patients.

L'anesthésie réanimation fortement engagé par essence dans un concept sécuritaire (décret dit sécurité 94-1050) trouve là un écho de terrain y compris au plus profond de la France.

Cette discipline transversale touchant tant le pré hospitalier que l'hospitalier ne peut donc, sans aucun prétexte ou aucune raison, amender son caractère réglementaire et normatif pour un quelconque bénéfice politique.

Parmi les missions de proximité, on pourra alors partager les axes forts suivants

- **Accessibilité** aux soins d'urgence de première ligne : véritable priorité de la restructuration hospitalière. Elle nécessite l'activation de la médecine libérale, le maillage de la médecine d'urgence libérale et hospitalière, le renforcement de la médicalisation et de la régularisation des transferts inter établissements.
- **Proximité hospitalière**: le soin doit descendre vers le citoyen. Des consultations avancées spécialisées à partir de centre référents et accrédités doivent être instaurése dans les trois domaines. On stabilise alors la population et on diminue le nomadisme médical.
- **Complémentarité** hospitalière : le réseau trouve ici toute sa force. On doit respecter les particularités des besoins de la population, de pays.
- **Maintien du bassin de l'emplois**. Cet objectif visé systématiquement est la seule concession faite aux politiques. En recherchant les nécessaires qualifications professionnelles permettant la réalisation des nouveaux objectifs, on favoriserA la promotion interne continue.
- **Evaluation**: stricte nécessité à l'obligation d'adéquation des besoins et des moyens. Elle doit utiliser tous les outils actuels. La recherche d'un indice de satisfaction de la population doit alors être installé.

ASSISTANCE INTERSERVICE

DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES GENERALES :

Lorsque l'on étudie les outils et dispositions réglementaires pour mettre en œuvre la complémentarité entre établissements du système hospitalier, on note trois dates clés

- Loi du 31 décembre 1970: elle encourage la coopération sanitaire et introduit ainsi différentes modalités d'application (groupement interhospitalier, syndicat inter-hospitalier, convention).
- Loi du 31 juillet 1991 : elle renforce cette orientation et crée des outils de droit applicables à la coopération.
- Les ordonnances de 1996 qui ouvre les portes des complémentarités et du réseau.

Mais on doit constater, avant 1996, malgré la richesse de l'arsenal de coopération, la faible adhésion aux principes d'inter-assistance.

Plusieurs raisons expliquent cela:

- La lourdeur des modalités de coopération et les difficultés de mise Fn oeuvre.
- La frilosité de la gestion hospitalière et son attachement profond à une certaine autonomie.
- Des objectifs de coopération mal définis, mal préparés, mal évalués. On cherche trop souvent à répondre à l'urgence d'une situation désespérée plutôt qu'à préparer une complémentarité réfléchie.
- La disposition dans les collaborations de l'identité propre de l'établissement.

De ce fait, les ordonnances 1996 en:

- Obligeant l'adhésion des hôpitaux à une communauté d'établissement et imprimant la notion de couverture sanitaire globale,
- Elargissant la gamme des formules de coopération dans un système paradoxalement concurrentiel.
- Précisant les objectifs poursuivis et le sens des actions de coopératign.
- Détaillant la notion de réseaux de soins.
- Ont réaffirmé avec force les notions de complémentarité, de coopération et d'équité.

Trois types de coopération inter-hospitalière peuvent être analysés (avantages -inconvénients).

- FUSION: C'est une vraie coopération. Elle crée une personne morale unique et donc permet l'unité de gestion et de décision. Elle ne permet aucun retour en arrière, et présente une complexité de mise en œuvre (technique, administrative, humaine .... et politique).
- SYNDICAT INTER-HOSPITALIER: Il ouvre la possibilité de diverses coopérations, les règles de gestion sont proches de celles d'un établissement public de santé; il permet des associations entre PSPH et établissements médico-sociaux. Mais le retrait est difficile comme pour la fusion, il alourdit les structures et rend complexe les organisations.
- CONVENTION: Sans limite, c'est un « fourre-tout », ni durable ni extensible: c'est «l'outil » trop souvent retenu pour « sauver » l'Anesthésie dans les hôpitaux en difficulté. Elle ne génère aucune personnalité morale , sa pérennité est aléatoire , elle pose le problème des responsabilités et sa signature n'engage que les signataires. Bien évidemment, sa souplesse, sa faisabilité sa rapidité de mise en œuvre, son contrôle allégé lui confère une vraie mission « bouée » de sauvetage.

MESURES INCITATIVES

Si l'assistance est souhaitée, recherchée, réglementée l'arsenal des mesures incitatives est désespérément vide et donnera à ce paragraphe un goût d'inachevé.

- La mesure peut être réglementaire et incitative, et s'inscrit alors dans le cadre du temps partagé et renvoi ainsi à la notion d'exercice multi sites qui est depuis peu « primée » !

- La mesure peut être seulement « incitative » et répond alors à la notion ~e prime à la mobilité ... qui n'existe dans aucun texte (seul le volontariat est réglementé : article IV) et ouvre alors la porte à tous les abus.

ETAT DES LIEUX

Si les dispositions réglementaires générales existent et si les mesures incitatives sont pauvres: l'état des lieux devra être lui exhaustif et au minimum ces items seront évalués

- DEMANDE : Etablissement , ARH
- EVALUATION : Textes Réglementaires,
  Recommandations
  Cahier Accréditation
- DONNES DEMOGRAPHIQUES (INSEE)
  Zone Emploi
  Pyramide des âges
- «NOTORIETE» EMABLISSENENT ET SERVICES / SPECIALITVS
  Taux d'attractivité
  Taux de fuite
  Taux d'autarcie
  Avis Enquête- Consommateur (Bourgogne - Centre)
- ACTIVITES ETABLISSENENTS (SAE)
  MCO (lits-places)
  Entrées Journées (T. 0. DMS. ISA-)
  SAU - UPATU...
  Activités soumises à autorisation
  Descriptions des équipes médicales (ETP, Effectifs,. Diplômes,. Rémunérations libérales.)
  Répartition par métiers, par taches.
  Gardes.
- ACTIVITES ANEST]HESIE-REANIMATION
  Cs pré-anesthésie- et pourcentage global (conditions)
  Visites pré-anesthésiques et pourcentage global réglé
  Nombres AG -ALR par discipline chirurgicale
  Nombre APD pour maternité
  Taux césarienne
- ACTIVITES ANESTIHESIE-REANIMATION
  Durée acte anesthésie
  Répartition par tranche horaire et par jour ouvrable non ouvrable
  Pourcentage urgences et leur répartition dans la journée
  Taux occupation S-. OP en heure d'OP.
  Taux occupation SSPI (entrées - durée)

Réa: entrées

Réa: T.O. DMS

Réa: mortalité

Réa: OMEGA

Réa: LGS II

Réa Pourcentage ventilés

Réa Pourcentage ventilé > 48 heures

AUTRES: CMP

GHM

Suivi post OP.

CONCLUSION

L'inter assistance ne constitue ni un mythe, ni une réalité. Elle répond trop souvent palliative ment pour notre spécialité, à des situations catastrophiques dépassées, qui sont impossible à cerner dans le long terme et qui auraient du trouver leurs solutions préalablement dans le cadre de complémentarité de missions de soins basées sur une évaluation des besoins de santé.

****

DISCUSSION :

C.-Lapandry *: remercie D. Réa pour ce plaidoyer des hôpitaux de proximité mais voit mal les moyens qu'on a pour aller aider ces hôpitaux de proximité.*

J. Garric : *Il existe une fédération médicale interhospitalière et deux spécialités peuvent s'unir. Il y a aussi création possible d'un troisième établissement qui permettrait de contourner la notion de syndicat interhospitalier. Le réseau reste hypothétique. A un moment donné le réseau repose sur un volontariat. Le gouvernement ne nous a rien répondu statutairement à ce sujet.*

P. Dassier : *Tout hôpital est hôpital de proximité par définition mais ces hôpitaux de proximités ont un coût. Il existe un ratio qualité de service rendu par rapport au coût ? C'est le véritable problème. - Faut-il encore faire plaisir au politicien local ?*
Il y a d'un côté un besoin sanitaire de santé et de l'autre les politiques.
L'hôpital de proximité : oui, mais doit-on laisser tout ouvert pour faire plaisir aux Maires ?
Il faudra bien accepter des consultations avancées. On est prêt a faire cet effort mais il faut aussi un effort dans l'autre sens.

D. Rea : Il souligne la qualité du livre blanc qui a vraiment introduit le débat sur les hôpitaux de proximité, c'était le premier positionnement par rapport auquel il faut se situer.
La définition des besoins sanitaires doit être le seul élément de réflexion.
Des établissements ont fermé la chirurgie et la maternité, ils ont réussi à redonner une identité à leur établissement en donnant des soins de suite. Mais il faut que leur établissement ait maintenu l'emploi.

P. Dassier : *Au sein de l'A.P.H.P. , la restructuration vers l'H.E.G.P. est quasiment le modèle de ce qu'il ne faut pas faire.*

M. Dru : *Il rappelle que l'anesthésiste-réanimateur serait prestataire de service. C'est une vision qu'on voudrait archaïque.*

A ce moment là, la chirurgie est aussi prestataire...donc il n'y a pas domination de la chirurgie par rapport à l'anesthésie dans ce domaine de prestation.

C .Lapandry : *L'exercice professionnel du P.H.A.R. est un principe fondamental ergonomique. On reparlera de cette distinction entre travail prescrit et travail réel.*

R. Torrielli *intervient sur la prestation de service.Ce terme est hérissant mais on est toujours en aval de quelqu'un ou de quelque chose !*
En ce qui concerne les conseils de service ,on pouvait émettre de grands espoirs de ces conseils mais ils sont restés lettres mortes. Non seulement ils n'ont pas été mis en place le plus souvent, mais quand ils existent, c'est sur la pression de syndicats paramédicaux et de toute façon tout le monde traîne des pieds. On peut donc mettre une croix dessus.

P. Dassier : *Dans l'incidence du volume et de la production des soins, il faut que notre réflexion aille vers le sens de l'ergonomie pour diminuer cette contrainte.*
Il existe dans les cadrans de pilotage de certains appareils, des schémas de regards décisionnels avec ergonomie pour diminuer la contrainte. Ceci fera bien d'être développé chez nous.
L'anesthésiste-réanimateur dans un hôpital est au même titre que le positionnement de l'ascenseur au niveau architectural. Ceci veut dire que l'anesthésiste-réanimateur fait aussi parti de l'établissement. On n'est pas surajouté à l'hôpital mais on est vraiment dans l'ossature de l'hôpital même si on est « prestataire » de service. L'anesthésie a un malaise parce qu'il y a gestion de coût, il faudra bien retourner ce problème.

D. Rea : pense que s'il y a trop de médecins, c'est un gâchis et s'il y a trop d'I.A.D.E., attention à la profession.

J. Garric conclût en disant qu'il faut bien réfléchir sur le quoi faire des anesthésies par exemple dans le cas des gastroscopies.- Il faudra bien qu'on prenne une décision qui a toujours été repoussée.

CONTRAINTES ET CHARGE DE TRAVAIL EN ANESTHESIE-REANIMATION

DOCTEUR MICHEL DRU [*]

Il n'existe pas à l'heure actuelle d'outils suffisamment performants pour évaluer la charge de travail du praticien hospitalier en anesthésie-réanimation (PHAR). Les patients ne connaissent pas les tâches que recouvre cette spécialité en dehors de l'anesthésie et encore quand ils ne s'étonnent pas qu'il faille être médecin pour la dispenser… Il faut donc détailler en quoi consiste l'exercice professionnel des PHAR avant d'envisager quelles perspectives sont offertes qui pourront permettre la reconnaissance de la charge de travail du PHAR.

I- Exercice professionnel du PHAR

L'anesthésie-réanimation regroupe actuellement l'anesthésie, la réanimation, la lutte contre la douleur, les SAMU-SMUR et parfois les services d'accueil d'urgence et les soins palliatifs. L'exercice hospitalier du médecin est régi par le décret de 84 [1] pour les temps pleins et par le décret de 85 pour les temps partiels [2] Ces textes délimitent un cadre juridique mais ne prennent pas en considération toutes les composantes de la spécialité. Voyons en quoi consiste l'exercice professionnel du praticien hospitalier en anesthésie-réanimation (PHAR), en théorie et en pratique.

A - En théorie

Le PHAR est actuellement soumis à deux sortes de textes législatifs : l'une relative à ses obligations et l'autre à l'organisation de son exercice.

1. Législation relative aux obligations

Après la seconde guerre mondiale, on comptait en France, une douzaine de médecins généralistes dispensant l'anesthésie, exerçant à temps partiel, en hôpital public ou en clinique privée. L'arrêté du 18 novembre 1948 crée le diplôme d'anesthésie-réanimation. En 1965, l'anesthésiologie devient une spécialité médicale à titre exclusif et bénéficie de la mise en place d'un statut hospitalier temps plein (le cadre hospitalier temporaire ou CHT) [3]. Par arrêté du 28 septembre 1966, le diplôme prend le nom de CES d'anesthésie-réanimation. En 1980, l'adjectif " temporaire " disparaît, mais la fonction reste la même. En 1984, les médecins hospitaliers plein temps et en 1985, les médecins hospitaliers à temps partiel se

[*] *Hôpital Henri Mondor - SAMU 94, 51 Av. du Maréchal de Lattre de Tassigny, 94010 CRÉTEIL Cedex*
Tél. 01 45 17 95 00, Fax. 01 48 98 04 00, e. mail : mdru@invivo.edu

[1] *Décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers (J. O. du 25 février 1985)*
[2] *Décret n° 85-384 du 29 mars 1985 modifié portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics. (J. O. de 31 mars 1985)*

[3] *Décret n° 66-402 du 14 juin 1966 modifié autorisant la création dans les centres hospitaliers et universitaires régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire de cadres temporaires d'anesthésiologie et d'hémobiologie (J. O. du 21 juin 1966)*

dotent d'un statut unique. Ce statut commun à tous les praticiens hospitaliers précisent les missions : diagnostic et traitement. Ils ont la responsabilité de la permanence des soins et doivent, à ce titre, participer aux différents services de gardes et astreintes organisés par l'arrêté de 1973 [4]. Ils ont également des tâches d'enseignement auprès des étudiants en médecine et des écoles paramédicales. Enfin, ils consacrent une partie de leurs activités à la recherche essentiellement clinique à l'origine de publications dans des revues spécialisées.

2. Législation relative à l'organisation de son exercice

Si ce statut a permis au praticien hospitalier son intégration à l'institution, il n'en demeure pas moins éloigné du statut de la fonction publique hospitalière. Le PH a qualité d'agent public non fonctionnaire. La loi Boulin [5] tend à une harmonisation de la situation juridique de l'ensemble du personnel médical hospitalier et à un rapprochement très net avec celle des fonctionnaires (intégration dans un corps pour y faire carrière, continuité du service public, exercice limité des droit sociaux –liberté d'expression, droit syndical et droit de grève-). Mais le médecin hospitalier bénéficie de droits supplémentaires : principe d'indépendance professionnelle du praticien (en particulier liberté thérapeutique), possibilité d'exercer une activité libérale, soumission au code de déontologie médicale[6], obligation de formation médicale continue. La pratique de l'anesthésie, codifiée par le décret dit sécurité [7] et par l'arrêté du 3 octobre 1995[8], devient la spécialité médicale la plus réglementée. La réanimation fait actuellement l'objet de discussions devant aboutir prochainement à un décret. Les SAMU-SMUR sont régis par le décret de 1987[9] et ceux de 1997[10]. L'accueil et le traitement des urgences dans les établissements de santé sont soumis aux décrets de 1995 [11] et à ceux de 1997[12]. La lutte contre la

---

[4] Arrêté du 15 février 1973 modifié relatif à l'organisation et indemnisation des services de gardes dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux.

[5] Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (J. O. du 3 janvier 1970)

[6] Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale (J. O. du 8 septembre 1995)

[7] Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique. (J. O. du 8 décembre 1994)

[8] Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du code de la santé publique (J. O. du 13 octobre 1995).

[9] Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU (J. O. du 17 décembre 1987).

[10] Décret n° 97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de ranimation et modifiant le code de la santé publique (J. O. du 1er juin 1997) et décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique. (J. O. du 1er juin 1997)

[11] Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (J. O. du 10 mai 1995) et décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique (J. O. du 10 mai 1995).

[12] Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique. (J. O. du 1er janvier 1997) et décret n° 97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique (J. O. du 1er juin 1997).

douleur et les soins palliatifs ne diffèrent pas des autres services hospitaliers médicaux en ce qui concernent leur organisation.

B - En pratique

Il existe une disparité entre le contenu des textes législatifs et les réalités de l'exercice du PHAR. De nombreux facteurs liés au PHAR et à ses conditions de travail jouent un rôle important à considérer.

1. Facteurs liés au PHAR

En 1984, le PHAR était âgé en moyenne de 36 ans, il l'est actuellement de 46 ans. Il a atteint le 8e échelon. Les conditions de recrutement modifiées par la loi Savary[13] sont à l'origine d'une baisse de la population d'anesthésiologistes et de PHAR en particulier. Il y a 15 ans, environ 600 PHAR étaient recrutés chaque année. Puisque environ 150 internes seulement choisissent l'anesthésie-réanimation, les multiples tâches professionnelles sont, actuellement, accomplies par un corps vieillissant qui assurent, de plus, gardes et astreintes jusqu'à un âge où les autres spécialistes n'effectuent plus de garde. En outre, l'anesthésie est une des spécialités les plus exposées aux procédures juridiques ajoutant au stress induit par la pathologie et l'altération générale du patient qui doit bénéficier de l'acte chirurgical. Notons une contrainte supplémentaire en CHU, lieu de formation des jeunes chirurgiens, âgés d'une trentaine d'années. En garde, les temps opératoires sont allongés, voire multipliés par 2 ou 3. L'anesthésie-réanimation nécessitant une vigilance de tout instant, les PHAR doivent être en permanence dans un état psychologique et physique qui permette une réaction immédiate et adaptée à l'évènement.

2. facteurs liés aux conditions de travail

L'anesthésie est une spécialité en relation avec les services de chirurgie, de gastro-entérologie, d'obstétrique et de radiologie, apparaissant volontiers comme prestataire de service[14]. La présence d'un infirmier-anesthésiste n'est pas systématique. De plus, la pratique de deux sphères de compétence (anesthésie et service consommateur d'anesthésie) impose un partenariat et une confiance mutuelle qui peuvent être limités par des archaïsme de pensée. La réanimation inclut des patients de tous les services médicaux, en particulier chirurgicaux de l'hôpital. La lutte contre la douleur et les soins palliatifs se déroulent au sein de tous les services médicaux. L'anesthésie-réanimation est donc une spécialité transversale soumise aux aléas et à l'organisation des autres services, qui se déroulent généralement sur plusieurs sites éloignés les uns des autres. Les SAMU-SMUR et les services d'accueil des urgences ont la particularité d'avoir une activité de jour identique à celle de nuit, ne permettant aucune planification de sa journée. L'anesthésiste-réanimateur effectue en moyenne 5 gardes par mois avec reprise de son activité le lendemain de la garde. Enfin relevons la différence substantielle entre les PHAR et les PH des autres spécialités, en matière de secrétariat, bureau, informatique…

---

[13] Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques (J. O. du 26 décembre 1982) et son décret d'application n° 83-785 du 2 septembre 1983 modifié fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie (J. O. du 7 septembre 1983).

[14] Le programme opératoire est rarement élaboré conjointement par le chirurgien, l'anesthésiste et le cadre infirmier supérieur IBODE et quand il existe le cadre infirmier supérieur IADE, comme il l'est stipulé dans l'art. D. 712-42 du code de la santé publique.

II- Quelles perspectives ?

Les conditions de travail sont un élément-clé à partir duquel doit s'opérer la réflexion pour considérer la charge de travail et les contraintes subies par le PHAR. Augmenter le nombre de médecins en anesthésie-réanimation rapidement, ce que permettrait le récent décret en créant un filière spécifique pour cette discipline[15] apparaîtrait comme un allègement de ce fardeau. Mais d'autres perspectives peuvent être envisagées à court et moyen terme d'une part et à long terme d'autre part.

A - A court et moyen terme

La reconnaissance de la particularité de l'exercice du PHAR passe par la reconnaissance des contraintes auxquels il est soumis. Cette spécificité englobe la prise en compte de la durée du temps de travail et celle de la pénibilité.

1. Prise en compte de la durée du temps de travail

Pour des raisons historiques, la durée du temps de travail médical n'a jamais été prise en compte. Autrefois, le médecin n'exerçait, de façon bénévole, qu'à temps partiel, à l'hôpital puisque son activité privée le faisait vivre. Ses heures de présence n'étaient, par conséquent, pas comptabilisées. L'évolution de l'institution hospitalière et celle de son statut n'ont toujours pas permis de définir une durée du temps de travail, contrairement aux autres professions de l'hôpital. Il semble difficile au législateur de la préciser au delà des 10 demi-journées du service normal hebdomadaire, comme il est stipulé dans l'art. 30 du statut de PH, dans la mesure où la garde n'est pas considérée comme un travail effectif et ce qui importe est la continuité des soins. Mais qu'est-ce qu'une demi-journée et en quoi une garde n'est pas un travail effectif, si l'on se réfère à la définition donnée dans la loi récente du 3 juin 1998 [16] ? En effet, à la multiplicité des fonctions hospitalières pour les anesthésistes (bloc opératoire, consultation, visites, salle d'intervention post-interventionnelle) s'ajoute l'absence d'unité de lieu, consommateur de temps. C'est le cas également pour la lutte contre la douleur et les soins palliatifs. Les horaires sont élastiques en SAMU-SMUR ou en réanimation, lorsque en fin de journée, le PHAR est en intervention ou rencontre les familles inquiètes. Laisser la répartition et la gestion du temps de travail à la conscience individuelle des PH et de l'autorité des chef de service ne suffit pas. La directive européenne du 23 novembre 1993[17] pourrait être une excellente base de discussions pour préciser les horaires de travail du praticien hospitalier, et du PHAR en particulier. Elle permettrait de tenir compte de la pénibilité.

---

[15] Décret n° 99-308 du 20 avril 1999 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle d'études médicales (J. O. du 22 avril 1999).

[16] Loi n° 98-461 du 13 juin 1998 (J. O. du 14 juin 1998) a modifié le Code du travail dans son article L. 212-4 pour définir de la durée du temps de travail : " La durée du travail est effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. "

[17] Directive n° 93/104/CE du conseil de la communauté européenne du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail (J. O. des communautés européennes du 13 décembre 1993). A l'art. 7 de la section II, on y lit : " la durée moyenne de travail pour chaque période de sept jours n'excède pas quarante-huit heures, y compris les heures supplémentaires

2. Prise en compte de la pénibilité de l'exercice

La pénibilité est, pour utiliser un mot à la mode, plurielle. Du fait de la dispersion des sites d'activités, le PHAR se retrouve parfois isolé dans un endroit de l'hôpital. En cas de complications peropératoires, cet isolement est préjudiciable pour la sécurité et majore la contrainte psychologique de l'exercice de l'anesthésie. Il y a nécessité de regrouper les sites d'intervention dans les établissements de santé déjà existants mais également prévoir leur centralisation dans les établissements à construire. Le stress généré par des interventions chirurgicales délicates, avec des patients fragiles, par l'absence d'infirmiers-anesthésistes, par une vigilance de tout instant et par le risque de procès a déjà été évoqué. Il est source de pénibilité. L'âge et l'accumulation de fatigue due aux gardes moins bien supportée au cours des ans, compte tenu de la pyramide des âges ont également été relevés. Ils sont source de pénibilité. La reprise de l'activité, le lendemain d'une garde, se fait aux dépens de la sécurité du patient, ce qui est en totale contradiction avec ce qui est attendu du service public. Par conséquent, la pénibilité ne repose pas seulement sur une amplitude de travail supérieure à 50 heures hebdomadaires, mais s'accompagne d'éléments périphériques amplifiant cette pénibilité. En conséquence, la mise en place officielle d'un repos dit de sécurité, à l'issue de la garde, est amplement justifiée, comme le législateur le prévoit prochainement dans le statut de PH. L'arrêté concernant les modalités d'application de cette mesure requerra une
attention toute particulière de la part des médecins soumis au service de garde. D'autre part, l'instauration d'une réelle médecine du travail concourrait à la reconnaissance de la pénibilité de la pratique de l'anesthésie-réanimation.

B - A long terme

La qualité des soins et la sécurité pour les patients, dans le cadre d'une sécurité sociale basée sur la solidarité, sont une préoccupation primordiale. L'élaboration et la mise en place d'instruments nouveaux préconisées par la loi Evin[18] devrait permettre d'améliorer la gestion et le fonctionnement des hôpitaux.

1. L'évaluation des pratiques au sein de l'hôpital

L'anesthésie-réanimation a, à sa disposition, de nombreux textes législatifs qui pourraient diminuer les contraintes. La planification des interventions chirurgicales au bloc opératoire est souvent organisée, selon l'agenda du chirurgien, sans tenir compte d'une gestion optimale des salles d'opération. Les patients sont opérés, dans le secteur privé, par des chirurgiens expérimentés, en début de journée. Les autres malades, ceux du secteur public son relégués au début ou milieu de l'après-midi et opérés par des chirurgiens plus jeunes qui ne trouent pas toujours un aîné, pour un conseil quand ils en ont besoin vers 19h… La stricte application du décret du 5 décembre 1994, dont certaines modalités sont rappelées dans une circulaire récente[19], diminuerait notablement la charge de travail du PHAR. L'évaluation réalisée dans ce domaine n'est que peu contributive, de même que celle effectuée par la commission de l'activité

[18] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (J. O. du 2 août 1991)
[19] Au 2. 1. 1. 1 de la circulaire DGS-SPI-SQ/DH-EO-AF/98-674 du 17 novembre 1998 relative aux priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources aux établissements de santé pour 1999.

libérale [20] formée uniquement de praticiens avec activité libérale à l'hôpital. La commission des gardes et astreintes [21] créée en 1994, n'a pas produit les effets attendus. Son contrôle par la CME gène son action alors que son indépendance à l'égard de cette instance serait le garant d'une meilleure évaluation du bien-fondé de toutes les gardes. La gestion inadaptée des ressources humaines et matérielles est génératrice de fatigue pouvant être délétère sur la qualité des soins. La mise en place de structures, tel le conseil de service voire l'ANAES, devrait apporter une réponse aux pratiques inappropriées observées. Les ordonnances du 24 avril 1996 permettront de rendre attractive cette spécialité riche en multiples facettes auprès de nos jeunes collègues, et non l'amputer, comme certains le préconisent, de quelques unes de ses branches.

2- Une meilleure articulation du rôle du PHAR dans la politique de santé

La participation des médecins aux organes consultatifs et directionnels de l'hôpital n'est pas nouvelle et remonte à 1941. La réforme hospitalière de 1991 a modifié le conseil d'administration et la loi de 1987 [22] a crée la CME. Au fil des ans et des réformes, la compétence des médecins s'est affirmée, au sein de ces instances. Ainsi, les praticiens hospitaliers sont associés aux objectifs inscrits dans le projet d'établissement et au fonctionnement de l'hôpital. Les PHAR ont toute leur place dans cette réflexion. Une réelle réorganisation des moyens logistiques et des ressources humaines, dans l'esprit de l'ordonnance du 24 avril 1996 [23] devrait inclure leur collaboration. L'évaluation, à tous les niveaux, en particulier celle des besoins sanitaires à l'échelon des bassins de vie permettra le succès des restructurations qui se doivent d'être pluridisciplinaires. En effet, la mobilité, au sein d'un réseau de soins, ne doit pas être l'apanage des seuls anesthésistes-réanimateurs, même dans le respect de l'art. 4 du statut de PH [24] comme cela reste encore trop souvent le cas. Des structures telles l'ARH devraient offrir la possibilité d'une coopération qui reste, pour l'instant, timide. A l'échelon de l'établissement de santé, la nécessaire coordination de l'action incluant l'administration, les médecins et le personnel des soins infirmiers devrait valoriser le rôle des PHAR. En effet, la position transversale de l'anesthésiste-réanimateur, au sein de l'hôpital le privilégie, dans ses rapports entre les différents services hospitaliers. Ne perdons pas de vue que le patient est au centre de la politique de santé. Est-ce utopique d'imaginer un autre schéma hospitalier, dans le respect de la relation médecin-malade ? Qui mieux que l'anesthésiste-réanimateur peut apporter sa contribution pour améliorer une situation qu'il vit, lui-même, chaque jour ?

---

[20] Créée par décret n° 87-944 du 25 novembre 1987 relatif à l'exercice d'une activité libérale par les praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements d'hospitalisation publics (J. O. du 26 novembre 1987).

[21] Arrêté du 25 octobre 1994 modifiant l'arrêté du 15 février 1973 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux. (J. O. du 9 novembre 1994).

[22] Loi n° 87-575 du 24 juillet 1987 relative aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire (J. O. du 25 juillet 1987).

[23] Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (J. O. du 25 avril 1996)

[24] Art. 4 du statut de PH : " sous réserve de leur accord, les praticiens hospitaliers, nommés dans un établissement, peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs établissements mentionnés à l'art. 1er… "

ADAPTATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL A LA DEMANDE DE SOINS

Professeur Jean-Marie CLÉMENT [*]

(Propos recueillis par Patrick DASSIER)

PREAMBULE :

Le livre blanc sur les hôpitaux de proximité rédigé par mes soins sous la présidence de M. MALVY, s'est largement inspiré de la réflexion que j'ai écrite en toute liberté. Le politique, face au contenu de mon rapport y a porté les censures qui lui convenaient. Ces censures portaient sur les critiques émises sur le poids et les lourdeurs de la bureaucratie.

Ma première réflexion est dominée par un sentiment de malaise sur le concept d'anesthésiste - réanimateur puisque dans le même thème, il y a celui qui endort et celui qui est là pour réveiller. Ma deuxième réflexion concerne la difficulté de positionnement de cette spécialité au sein de l'Institution hospitalière. Les anesthésistes réanimateurs se plaignent d'avoir un rôle de prestataires de services. Cette prestation de service est le lot commun de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales. Il ne faut pas grossir le trait et considérer la prestation de service comme une sous-traitance et non comme une subordination de nature auxiliaire.

L'administration hospitalière entretient ces ambiguïtés car pour pouvoir conserver le pouvoir, elle divise le corps médical. Les services centraux se jouent de la responsabilité des professionnels qui sur le terrain essaient d'appliquer les normes pour des considérations de responsabilité médico-légale. L'administration joue sur les pouvoirs et a des certitudes ; elle est utile en phase de pénurie. Inversement, le gestionnaire s'intéresse à la production et à la compétence ; le gestionnaire vit dans les incertitudes et son action est utile en période d'abondance.

1. LE CONCEPT DE LA CHARGE DE TRAVAIL :

La charge de travail est physique et psychique. Il est nécessaire d'avoir des indicateurs de cette charge de travail. L'anesthésie-réanimation fut depuis très longtemps innovante en créant des scores d'activités (score oméga). De plus, c'est la seule spécialité à avoir une vision transversale et a avoir proposé les départements au lieu des chefferies de service.

La charge de travail ressentie est un élément délicat car c'est lui qui souvent est la source de fatigue, la plus durement acceptée. Ceci peut être favorisé par la désorganisation des sites ou sur des besoins et des ordres non fondés. La désorganisation est source de stress, de contraintes. La part émotionnelle est là très importante.

La charge de travail peut s'articuler en quatre options :

- une charge ponctuelle de soins urgents où le lien médecin malade est très impersonnel ;

[*] *Professeur de Droit à l'Université Paris VIII, ancien Directeur d'Hôpital, membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Directeur de Rédaction de la "Revue Générale de Droit Médical"*

- une charge de soins continus et urgents où le monopole des soins est presque total ;
- une charge de soins programmés et ponctuels (sites opératoires). Là il existe un lien personnel ; la concurrence est totale ;
- une charge de soins programmés et continus, comme dans les services de réanimation où la concurrence entre services est partielle.

Il convient de dissocier l'acte opératoire de l'activité chirurgicale par exemple. A quel niveau, place t-on place le concept de service public ? Est-ce seulement l'accueil des urgences, la prise en charge des plus démunis ou des pathologies lourdes ?
Le gros handicap du monde hospitalier, est la multiplication des sites et des chantiers. Ceux ci ont pour mission de répondre à toutes les demandes. La notion d'urgence est source de réanimation lourde mais est différente de celle-ci. Par contre, il faut discerner les besoins et les types de soins. Ceci est un des avantages du décret réanimation de ne pas multiplier les sites de réanimations en vue de contrôler la gestion de moyens logistiques et humains.

2. HYPOTHESE D'ADAPTATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL

On peut schématiquement distinguer deux niveaux d'adaptation dans la maîtrise des soins.

2.1. La maîtrise de la demande de soins

La maîtrise doit être autonome. Cela traduit la nécessité de mettre en place des protocoles d'acceptation de l'entrée des malades.
La maîtrise doit être partagée, ce qui sous-entend la reconnaissance de spécification des malades pour une meilleure programmation dans le temps et des sites opératoires.

2.2. La maîtrise des lieux de soins

Impose le regroupement des sites opératoires, mais il faut éviter le risque de "combinats" : l'association de petites boutiques ne fait pas un grand magasin.

Pour assurer une maîtrise de soins, il faut définir des réponses adaptées.
Pour l'hôpital, il faut réfléchir sur un mode d'organisation. Il y a la nécessité d'une coordination de la gestion des soins prodigués.
L'anesthésiste réanimateur a un rôle clé dans cette organisation, du fait du caractère transversal de la spécialité. Dans d'autres domaines, comme le bâtiment par exemple, la nécessité d'une coordination entre les différents corps de métiers existe. Dans le BTP, on est passé d'un mode de fonctionnement artisanal donc simple à un mode de fonctionnement complexe. Dans l'hôpital, il faut un coordinateur qui soit un référent gestionnaire, afin de gérer la complexité, en vue de définir les tâches et les activités.
L'hôpital ne pourra affronter l'avenir qu'en sortant de son inorganisation.

DISCUSSION :

R.Chacornac : L'organisation se heurte fréquemment à la priorité de l'écoute des besoins des chirurgiens. Les directeurs ne sont ils pas mal placés pour assurer le changement car ils ne souhaitent pas de remous . Comment résister aux lobbies…?

J.M.Clément: L'hôpital ne doit pas être administré mais géré et doit sortir du pole d'influence DRASS et DDASS. L'administration est un problème d'influence et non de gestion et de compétence. On ne peut éviter cette prise en charge. Le directeur pourrait être nommé par le conseil d'administration, auquel il rendrait des comptes. Les chefs de service doivent également être nommés par le directeur de l'hôpital. Il y a néanmoins la nécessité d'un statut national, mais les statuts les plus brefs sont les plus efficaces. Au demeurant, un statut hospitalier définit des principes et non des situations de plus en plus détaillées.

A.Bocca : Le mythe de l'opposabilité est un moyen pour se défendre face à l'ensemble des différents problèmes et d'un point de vue syndical on ne retrouve pas forcément cette opposabilité dans les bonnes pratiques mais plutôt dans les décrets. La souffrance existe tant au niveau de la hiérarchie qu'au niveau des structures. Il y a praticiens et patriciens. L'organisation qui est le mot clé n'avance pas et demeure mythique depuis 25 ans.. Quels sont les îlots de résistance ? Ne s'agit il pas d'un constat d'échec ?

J.M.Clément : On a perdu 25 ans, mais c'est peu car on est en train de passer de l'artisanat au monde industriel. Par contre, la responsabilité médicale reste. Les commis de l'Etat et les politiques sont responsables de ce traumatisme.
Le système est mouvant et l'hôpital doit pouvoir s'adapter rapidement. Il y a ici une grave perte de confiance et de crédibilité des gouvernants.

R.Torrielli : Si le problème de conflits avec les administrateurs existe, la personnalisation des soins est certes idéale, mais reste difficile à réaliser. La manière dont la haute administration veut garder le pouvoir n'est plus acceptable : elle doit rester à sa place. En cas de conflit avec l'administrateur gestionnaire il ne faut pas oublier que c'est lui qui détient l'autorité. d'où la difficulté d'interlocution

J.M.Clément : L'administrateur est différent du gestionnaire. L'administrateur ne veut pas d'ennui et règle tout en fonction de jeux de pouvoirs alors que le gestionnaire répartit en fonction de la compétence car il est intéressé aux résultats. C'est en fait l'ARH qui fixe le budget ! Mais ce n'est pas parce qu'on maîtrise un budget qu'on est gestionnaire. Un administrateur fonctionne bien par temps de pénurie mais çà ne dure pas. Pour ne pas avoir d'ennui il étudiera les rapports de force et l'interlocuteur privilégié des notables : c'est le contraire de la gestion. Il y a donc désabusement de l'administrateur.

C.Lapandry : Le renouvellement des chefs de service reste scandaleux, tant qu'il n'y aura pas de nouvelles procédures ! C'est un indice de dysfonctionnement frappant. En cas de refus du Directeur de prolonger dans ses fonctions un chef de service, le corps médical refuse cet état de choses et fait tout pour prolonger le chef de service.

P.Dassier: On rejoint la notion de politique au sens "noble" du terme. Le choix d'un directeur d'hôpital par un CA est intéressant mais qui est justement dans ce CA ? Il y a un risque maffieux. Est-on prêt comme aux USA à avoir un directeur gestionnaire qui rendrait des comptes à un CA avec des actionnaires ? Il faut craindre dans l'avenir que le problème du coût par pathologie ne mette l'hôpital dans l'incapacité de relever le défi.

J.M.Clément : C'est hélas vrai., il faut être très vigilant. Le jeu de pouvoir est pervers et explique par exemple pourquoi au sein de l'hôpital, la chirurgie ambulatoire n'a pu se développer à cause du pouvoir du milieu chirurgical qui refuse l'intervention d'un tiers coordonnateur, qui serait inévitablement l'anesthésiste, dans sa programmation opératoire.

*

DONNEES RECENTES EN ERGONOMIE DANS LE MONDE HOSPITALIER ET PLUS PARTICULIEREMENT EN ANESTHESIE - REANIMATION.

PROFESSEUR ANNIE LAFFERRERIE *

Mots-clés : ergonomie, hôpital, anesthésie-réanimation, vigilance, charge de travail, vieillissement, stress, fiabilité humaine, contraintes temporelles, horaires postés.

Résumé :

Nous exposerons en premier lieu quelques concepts et méthodes permettant de définir l'ergonomie, puis présenterons quelques grandes notions utiles pour comprendre le travail de l'opérateur en général et celui des médecins spécialistes en Anesthésie-Réanimation en particulier ; en troisième lieu, des résultats publiés récemment en ergonomie hospitalière seront présentés et, en quatrième lieu, des résultats récents en ergonomie dans le champ précis de l'anesthésie-réanimation. Enfin, nous évoquerons des perspectives d'études en vue d' améliorer les conditions de travail des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation et leurs collègues.

1/ L'ERGONOMIE :

1.1/ Définition, critères et objectifs de l'ergonomie :

Le mot ergonomie vient du grec : Ergon : le travail ou l'activité et nomos : la science.
Lors du congrès annuel de la Société d'Ergonomie de Langue Française (SELF) en 1988, le Conseil a proposé la définition suivante de l'ergonomie : "L'adaptation du travail à l'homme ou, plus précisément, la mise en oeuvre de connaisssances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisés par le plus grand nombre avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité". A la différence de la définition de la SELF, nous sommes tentés de placer les critères de l'ergonomie dans l'ordre : 1°/ sécurité, 2°/ efficacité économique et 3°/ confort des opérateurs ou utilisateurs. Dans ce cadre, l'ergonomie doit prendre en compte dans toute la mesure du possible l'existence des variabilités intra- et inter-individuelles.

Les problèmes concrets posés à l'ergonome sont l'étude des trois grands ensembles de facteurs suivants :

- l'étude des processus mis en jeu par l'opérateur (psychologie, sociologie et psychosociologie),

Docteur en Psychologie, Ergonome
Maître de Conférences à la Chaire de Psychologie du Travail du Conservatoire National des Arts et Métiers[1]

- l'étude des aménagements techniques (environnement physique, organisation du travail, ingénierie du poste)
- et enfin l'étude des astreintes ou "coûts" pour l'opérateur (fatigue, charge de travail, inconfort, insatisfaction, insécurité) (Sperandio, 1984).

L'ergonomie est donc une science appliquée, qui emprunte à diverses sciences (physiologie, anthropologie, psychologie, psychosociologie, économie, médecine, informatique, sciences de l'ingénieur, etc) et utilise certains de ces concepts et méthodes scientifiques pour améliorer les conditions de travail (= ergonomie de la production) ou les conditions d'utilisation d'objets (= ergonomie du produit).

Enfin, il existe un titre protégé d'Ergonome Européen en Exercice et des règles déontologiques.

1.2/ Quelques distinctions utiles en ergonomie :

- Travail à prédominance plutôt physique, travail à prédominance plutôt mentale : en effet il n'existe pas de travail purement physique ou de travail purement mental, mais toujours un mélange des deux.
- Le travail est composé de tâches (buts) et d'activités (modes opératoires) ; d'autre part, le travail prescrit par l'employeur diffère toujours sensiblement du travail réel accompli par l'opérateur ; on distingue donc travail prescrit et travail réel.
- On peut identifier quatre types de demandes d'intervention adressées à l'ergonome : la correction de situations de travail, leur aménagement, leur conception et leur harmonisation.

1.3/ L'activité de travail de l'opérateur est l'élément central, organisateur et structurant des composantes de la situation de travail.

Les déterminants de l'activité de travail sont décrits de la façon suivante (Guérin et coll., 1997) :

1.3.1/ d'un côté l'opérateur avec:

- ses caractéristiques personnelles (sexe, âge, caractéristiques physiques, etc) ;
- son expérience et ses acquis de formation ;
- son état instantané (fatigue, rythmes biologiques, vie hors travail, etc.) ;

1.3.2/ de l'autre côté, l'entreprise avec :

- ses objectifs économiques ;
- ses outils (nature, usure, réglages, documentations, moyens de communication, logiciels, etc) ;
- le temps (horaires, cadences, etc)
- l'organisation du travail (les consignes, la répartition des tâches, les critères de qualité, le type d'apprentissage) ;
- l'environnement physique de travail (espaces, toxiques, ambiances lumineuse et sonore, température, vibrations, vitesse de l'air, etc) ;

1.3.3/ entre l'opérateur et l'entreprise se trouve ce qui contribue à l'organisation de ces deux ensembles :

- le statut du salarié et le salaire, objets de négociation (contrat de travail) ;
- la tâche, ensemble d'objectifs, buts ou prescriptions définis extérieurement au salarié,
- et enfin **l'activité de travail,** c'est à dire la manière dont un salarié atteint les objectifs qui lui ont été fixés.

1.3.4/ Résultantes de l'activité de travail :

- du côté des opérateurs , une santé physique et mentale, des accidents, des compétences, un absentéïsme, des grèves, etc ;
- du côté de l'entreprise, des conséquences en termes de production, de qualité, etc.

1.4/ Démarche d'ergonomie de correction ou d'aménagement , dont les étapes sont :

1.4.1/ Analyse de la demande de l'entreprise ;
1.4.2/ Analyse de la situation globale de l'entreprise ;
1.4.3/ Si nécessaire, reformulation de la demande ;
1.4.4/ Analyse du travail prescrit ;
1.4.5/ Analyse de la population ;
1.4.6/ Analyse du travail réel (tâches complexes, multiples, variabilité, etc) ;
1.4.7/ Analyse de l'activité et des difficultés rencontrées :
* observations globales ;
* hypothèses ;
* relevés systématiques ;
* auto-confrontation des opérateurs avec ces relevés systématiques ;
* diagnostic de l'activité.
1.4.8/ Diagnostic par rapport à la demande (initiale ou reformulée) ;
1.4.9/ Recommandations de correction et/ou d'aménagement.

Des démarches formalisées d'intervention en ergonomie ont aussi été développées et validées en entreprise pour ce qui est de la conception (Daniellou, 1988) et de l'harmonisation (Allie et coll., 1991) de situations de travail ; mais leur plus grande complexité et les limites de cet article ne permettent pas de les exposer.

1.5/ Les méthodes utilisées en ergonomie sont :

les observations ("pour voir" ou systématiques ; instrumentées ou non), les entretiens, l'auto-confrontation des opérateurs avec leur activité, les verbalisations des opérateurs simultanées ou consécutives à leur travail, l'analyse des traces du travail, l'ergonomie

participante ou prise de poste, l'analyse des dysfonctionnements, les questionnaires, l'arbre des causes, l'analyse du travail collectif, etc. (Lafferrerie, 1997).

Enfin, il n'existe pratiquement pas de règle ergonomique applicable telle quelle, mais des interventions ergonomiques combinant à la fois les connaissances accumulées en ergonomie, l'expertise de l'ergonome et l'analyse de l'activité réalisée dans chaque nouvelle situation de travail.

2/ QUELQUES CONCEPTS UTILES POUR COMPRENDRE LE TRAVAIL DE L'OPERATEUR EN GENERAL ET CELUI DES MEDECINS SPECIALISTES EN ANESTHESIE-REANIMATION EN PARTICULIER :

2.1/ Rythmes biologiques, vigilance, sommeil et travail posté

2.1.1/ Lille et Andlauer (1981) présentent *les rythmes circadiens ou nychtéméraux* (environ 24 h), infradiens (>24h) et ultradiens (<24h). Ces rythmes sont caractérisés par leur fréquence, l'amplitude de la variation temporelle et le moment de survenue du maximum de celle-ci (acrophase). *Les rythmes biologiques* seraient innés, autonomes et auto-entretenus, mais la période ne serait maintenue fixe qu'à l'aide de synchroniseurs extérieurs. Les acrophases des différents paramètres physiologiques et psychologiques ne surviennent pas en même temps, mais il existe entre elles des relations de phases stables. Le réseau de relations de phases de tous ces systèmes oscillants et son intégrité sont considérés par les chronobiologistes comme jouant un rôle dans la santé mentale et physique. Le synchroniseur peut se déplacer dans le nychtémère : c'est le cas du personnel navigant de l'aéronautique traversant les fuseaux horaires, des travailleurs de nuit ou des travailleurs postés. Une période de transition, au cours de laquelle les rythmes biologiques tendent à se réajuster est alors nécesssaire, période qui varie selon les paramètres envisagés et selon les individus. Certains individus s'adaptent moins et l'âge peut être un facteur de non adaptation.

2.1.2/ La vigilance est définie comme la capacité de répondre à tout événement externe ou interne. La vigilance n'est pas maintenue à un même niveau au cours de toute la période d'éveil ; elle obéit à une modulation circadienne : amélioration croissante pendant la matinée, détérioration pendant l'après-midi avec un effondrement vers 13h, en partie indépendant de l'hypovigilance postprandiale. La vigilance obéit également à des modulations ultradiennes : pour obtenir une qualité d'attention suffisante, les activités doivent être renouvelées toutes les 90 à 120 minutes ou des pauses intercalées avec possibilité d'activités diverses (marche, bavardage, consommation de boissons, d'aliments ou de cigarettes etc) (Lafferrerie, 1998).

2.1.3/ Deux types essentiels de sommeil ont été individualisés : le sommeil à ondes lentes SOL et le sommeil paradoxal SP. Le SOL constitue 80% de la durée du sommeil, comporte 4 stades de profondeur croissante et semble être un sommeil de récupération physique. Environ toutes les 90 minutes, le SOL est interrompu par une période de SP, qui occupe en moyenne 20% du sommeil total. Ces interruptions surviennent 5 à 6 fois au

cours du sommeil et leur durée, allant de quelques minutes à une vingtaine de minutes, augmente progressivement au cours de la nuit. Les périodes de rêve sont fortement corrélées aux périodes de SP. Le SP interviendrait dans la sélection et l'utilisation de l'information reçue à l'état de veille ; il interviendrait également dans le passage de la fixation récente à la rétention durable de l'information. Chez le sujet âgé, on observe une diminution de la profondeur du sommeil et une diminution de l'intensité de la veille. Dès 40 à 50 ans, une moindre plasticité des rythmes pourrait être responsable des difficultés d'ajustement à des horaires de travail posté.

2.1.4/ Effets des privations de sommeil*,* une diminution de la durée de sommeil ampute les dernières heures de sommeil sans que l'organisation des premiers cycles soit sensiblement modifiée. La privation de SP est plus préjudiciable que la privation de SOL. Les privations de SP, lorsqu'on les interrompt, donnent lieu à un "rebond", sorte de paiement de la dette de SP ; par ailleurs les fonctions intellectuelles et en particulier la mémoire sembleraient préférentiellement atteintes. La dette de SP agit de façon négative sur les apprentissages passés et futurs. Dans certaines situations professionelles, lorsque les durées de travail sont exceptionnellement longues ou lorsque les horaires de travail sont irréguliers, on note une nette diminution de la durée totale de sommeil : 6h ou 4h chez les conducteurs routiers ; la possibilité d'un risque accru d'accident peut être alors sérieusemenr envisagée. D'après une étude réalisée par Foret (1973) sur les conducteurs de train de la SNCF (horaires de travail variables, conditionnant des heures d'endormissement variables), la durée du someil serait liée à l'heure d'endormissement. Le sommeil est d'autant plus court que l'endormissement est plus tardif et le sommeil nocturne semble, dans ce cas, seul compatible avec une durée de sommeil supérieure à 6 heures.

2.1.5/ Travail posté et santé *:* Les deux sources principales de difficultés ressenties par les travailleurs postés sont la désynchronisation des horaires de sommeil et celle des horaires de repas : troubles digestifs et troubles du sommeil. Le sommeil diurne des travailleurs en poste de nuit est écourté d'un tiers environ, avec surtout un déficit en SP. Le taux de fréquence des accidents décroît au cours du poste de nuit, alors que leur taux de gravité augmente. On a observé une forte corrélation entre niveau d'activité élevé et taux de fréquence élevé d'une part et d'autre part niveau de vigilance abaissé et taux de gravité élevé. Enfin, il existe une instruction Technique n° 2 du 8 Août 1977 relative à la surveillance médicale des travailleurs postés.

2.2/ La charge de travail, la contrainte et l'astreinte :

Selon Sperandio (1984), l'identification des exigences de travail pour les opérateurs consiste à identifier et évaluer les principales variables contribuant au coût humain du travail, appelé *charge de travail*. Ex : la variation de la charge de travail d'un contrôleur aérien selon qu'il surveille deux avions ou quinze avions simultanément.

La contrainte (stress en anglais) est l'ensemble des exigences du travail relative à un poste donné, dans des conditions de travail données ; elle ne dépend aucunement des caractéristiques

des opérateurs. L'astreinte (strain en anglais) est l'ensemble des conséquences de la contrainte sur l'opérateur ; elle dépend directement de l'activité mise en jeu pour répondre à la contrainte, en fonction des circonstances (variétés des tâches, interruptions, changements de programme, etc) et des caractéristiques individuelles (y compris le niveau d'expertise). L'astreinte peut être d'ordre physiologique et/ou psychologique.

L'adaptation de la charge de travail à la demande de soins : Lorsque la charge de travail double, l'opérateur accroît son activité et adapte ses modes opératoires ; en d'autres termes, il travaille plus vite et surtout autrement.

2.3/ L'opérateur vieillissant selon l'enquête ESTEV :

2.3.1/ Dans "Age, travail, santé, Etude sur les salariés âgés de 37 à 52 ans, Enquête ESTEV 1990", Derriennic, Touranchet et Volkoff (1996) prennent pour sujet les relations entre l'âge, le travail et la santé. Ils rassemblent et synthétisent un ensemble d'études scientifiques, indépendantes entre elles, mais toutes s'appuyant sur les données récoltées en 1990 à l'issue de la première phase de l'enquête épidémiologique prospective ESTEV. Après 5 ans de suivi, la seconde phase s'est achevée en 1996. D'après les auteurs, cette enquête concerne l'évolution de la santé avec l'âge en fonction des conditions, des contraintes et de l'organisation du travail. Elle est le fruit d'une coopération originale entre la médecine du travail et la recherche biomédicale et ergonomique. Elle porte sur un échantillon aléatoire de plus de 20 000 salariés, hommes et femmes nés en 1938, 1943, 1948 et 1953, enquêtés selon un protocole rigoureux. Elle constitue le support d'une première recherche de cette nature menée en France qui implique aujourd'hui plus de 500 médecins du travail. Les résultats de ces recherches s'inscrivent dans le champ des connaissances : faire apparaître la multiplicité et la complexité des facteurs professionnels dans le processus de modification de la santé avec l'avance en âge. Ils s'inscrivent également dans le champ de la santé publique et de la prévention en milieu de travail par le croisement du regard clinique du médecin du travail et de l'approche statistique quantitative pour répondre aux enjeux du vieillissement des populations au travail et de l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé.

2.3.2/ Le vieillissement biologique est l'ensemble des modifications (morphologiques, physiologiques et biochimiques) consécutives à l'action du temps, qui surviennent dans l'organisme avec l'avance en âge, et qui diminuent la résistance et l'adaptabilité de l'organisme aux pressions de l'environnement...Parmi ces manifestatons, il est classique de distinguer celles qui relèvent du processus de vieillissement proprement dit de celles qui sont secondaires aux empreintes de la vie. Les premières manifestations sont rapportées à ce que l'on nomme le vieillissement intrinsèque, c'est à dire qu'elles auront lieu sans être déclenchées par des facteurs extérieurs, bien que ceux-ci puissent influencer le processus. Les secondes correspondent à ce que l'on appelle le vieillisement extrinsèque. Celui-ci peut être en rapport avec un excès ou un manque d'utilisation des fonctions de l'organisme, avec des séquelles de traumatismes de tous ordres, avec des

conséquences de maladies antérieures ou d'affections chroniques dégénératives . Les conditions de travail peuvent être à l'origine de chacune de ces situations. Des études menées aux Etats Unis dans les années cinquante ont mis en évidence un déclin des fonctions avec l'avance en âge et cela pour toutes les fonctions : baisse des performances des systèmes sensoriels et notamment visuel, de l'appareil cardio-respiratoire, de l'appareil locomoteur, des fonctions cognitives, etc. Notons que les déficiences du sommeil participent à une baisse de la tolérance au travail de nuit. A l'inverse, de ces déficiences organiques, l'expérience peut accroître les compétences, les savoir-faire. Aussi, pour peu que les conditions d'exécution du travail laissent une marge de manoeuvre au salarié, il peut compenser ses déficiences, en trouvant d'autres manières de faire et être même plus "performant" que le jeune.

2.3.3/ Le vieillissement par le travail est constitué par les phénomènes d'usure, les effets à moyen et long terme des conditions de travail sur l'état de santé et les capacités des opérateurs. Le vieillisement "par rapport "au travail consiste à se demander en quoi les transformations de l'homme au travail, quand son âge avance, peuvent modifier sa façon de travailler, générer des difficultés accrues ou de nouvelles potentialités pour faire face aux exigences de sa tâche. Avec l'âge s'accroissent les difficultés pour effectuer les gestes précis ou les difficultés à faire des heures supplémentaires. Les interruptions fréquentes dans le travail, spécialement si elles sont imprévisibles, si elles s'accompagnent de situations d'urgence, si elles obligent à une restructuration permanente du programme de travail, si la conception des moyens de travail ne favorisent pas la reprise aisée d'une tâche interrompue peuvent représenter un coût important. Mais elles peuvent aussi -et ce n'est pas incompatible- être le gage d'une forme de compétence professionnelle, fondée justement sur la capacité à répondre à des sollicitations diverses et non rigoureusement planifiées : on peut songer ici aux professions du commerce, de la santé, du secrétariat, etc. Enfin, l'opérateur vieillissant supporte moins bien les contraintes temporelles : rythme imposé, butées temporelles, etc, mais aussi les horaires postés, les horaires de nuit, ou encore les amplitudes du travail journalier, hebdomadaire et annuel. (Cassou, Laville, 1996).

2.3.4/ On constate la mutiplication d'horaires atypiques "décalés" variables au cours de la journée : comme l'attestent de nombreuses études, ces horaires perturbent les rythmes circadiens et retranchent plus ou moins le salarié de la vie sociale et familiale. Ces horaires sont de plus en plus mal tolérés avec l'avance en âge, notamment autour de la quarantaine, rupture remarquée par plusieurs auteurs. Les effets des horaires décalés sont les troubles du sommeil, les désordres psychiques, la pathologie gastro-intestinale, l'excès de poids et les troubles cardio-vasculaires. Les effets de l'âge et des horaires décalés se cumulent mais interagissent peu. Des compensations pourraient consister à favoriser au plan individuel des réaffectations dans de bonnes conditions lorsqu'elles deviennent indispensables : en agissant sur tous les paramètres de la situation de travail (roulements, pauses, répartition des tâches, conditions de travail...) pour rendre les

périodes décalées moins pénalisantes qu'elles ne le sont souvent, notamment pour les salariés d'âge moyen ou élevé.

2.4/ Le stress et l'épuisement professionnel (burnout) :

2.4.1/ Dans les années trente, Hans Selye décrit pour la première fois le stress commme un "symptome général d'adaptation" qui gouvernerait toutes les réactions et adaptations du corps, se divisant en trois phases : la réaction d'alarme, le stade de résistance et le stade d'épuisement. Selon Neveu (1995), l'individu réagit à une situation de stress de deux façons : ou bien il l'a surmonte et l'utilise comme force génératrice d'action constructive, ou bien il se laisse totalement dominer et glisse progressivement dans un état de renoncement. Cette dichotomie a été soulignée par Selye (1979) qui distingue le stress positif du stress négatif.

2.4.2/ En 1975, un autre modèle est apparu : celui du *burnout ou épuisement professionnel,* lequel représente un stress-détresse, un stress dysfonctionnel. Une étude sur l'épuisement professionnel (burnout) de personnels-soignants des hôpitaux a été menée par Neveu (1996). Elle se déroula au sein de services à charge psychologique particulièrement lourde : gériatrie, hématologie adulte et infantile, maladies infectieuses (principalement le Sida). Il ressort de l'étude une confirmation de la multidimentionnalité du concept d'épuisement professionnel, les divers facteurs mis en évidence étant : le sentiment d'inutilité, l'impression d'incompétence, la désillusion, la pression d'un locus of control externe, le besoin d'empathie de la part de l'autre, en l'occurence le malade. Enfin, l'auteur propose une échelle de mesure : l'Index d'épuisement professionnel infirmier

2.4.3/ Dans une étude intitulée : "Santé mentale et stress des soignantes : confrontation des approches épidémiologiques, psychologiques et ergonomiques" Estryn-Behar et coll (1993) montrent que l'épuisement émotionnel (burnout) atteint environ le quart des soignantes ; "Ce sont les études ergonomiques qui peuvent mettre en évidence, parmi les conditions de travail, les déterminants des situations de travail favorables ou défavorables pour une bonne santé des soignants et une bonne qualité des soins. Les études ergonomiques décrivent un travail hâché, avec de multiples interruptions et tâches intercurrentes. De ce fait, les échanges sont nombreux, mais brefs, à la fois dans l'équipe et avec les malades. L'observation continue permet de mettre en évidence la réorganisation constante du programme de travail et la fréquence des interruptions ; les très nombreux changements d'activité au cours de la journée de travail (250 en moyenne) et les interruptions (50 en moyenne). Le travail infirmier est constitué d'activités brèves, dispersées dans l'espace et leur planification est soumise à de nombreux aleas. Le travail de nuit comporte un très grand nombre d'actes mais le travail est moins interrompu et moins réorganisé. Enfin, seulement 30% du temps de travail est passé auprès des malades. Il s'agit d'une situation de communication entre opérateurs dans des situations dynamiques, déjà analysées dans diverses situations de travail. (Lafferrerie et coll , 1992)

3/ RESULTATS RECENTS EN ERGONOMIE HOSPITALIERE :

De nombreuses études ont été consacrées au travail à l'hôpital, notamment pour améliorer la qualité de l'accueil et des soins aux patients, faciliter les relations soignants-soignés, ou encore pour comprendre les conditions de travail des soignants et mieux les considérer dans les réflexions visant l'aménagement, la conception et l'organisation de l'hôpital.

3.1/ Les premiers travaux en France datent de 1970 environ :

L'application de l'ergonomie dans le secteur hospitalier se limitait alors à des recherches ponctuelles portant sur les aspects les plus manifestes des difficultés du travail hospitalier, tels que la pénibilité de la réfection des lits et de la manutention des malades ou les contraintes d'horaire. (Estryn-Behar, Gadbois, Pottier, 1992). Un premier constat avait été dressé en 1979 lors du Congrès de la SELF organisé par H. Monod sur le travail infirmier.

En Juillet 1991, un Colloque International intitulé "L'Ergonomie à l'hopital" s'est tenu à Paris, associé au 11è Congrès de l'Association Internationale d'Ergonomie. Ce colloque a eu une très large audience : 109 communications en provenance de 19 pays y furent présentées devant 400 participants. En 1992, selon les organisateurs, le champ des recherches et des interventions s'est considérablement élargi, de même que les approches utilisées. Les communications présentées couvrent toute la gamme des activités professionnelles qui se rencontrent à l'hôpital, aussi bien dans les services techniques (cuisines, blanchisseries, ...) et administratifs que dans les services de soins ; les communications considèrent ces activités tant sous l'angle de la physiologie du travail, que sous celui de la psychologie cognitive ou de la psychologie sociale. Place est faite également à des approches telles la psychopathologie du travail, et plus récemment de la psychodynamique du travail, qui ne sont pas strictement de type ergonomique, mais complètent la compréhension des conditions de travail dans ce secteur professionnel marqué par la confrontation avec la souffrance et la mort. Les Actes du Colloque offrent un panorama assez complet des multiples facettes des conditions de travail à l'hôpital et des modes d'approches qui peuvent aider à les améliorer. 8 communications concernent les modes d'insertion de l'ergonomie à l'hôpital, 14 l'ergonomie de correction et de conception des bâtiments hospitaliers, 10 les approches ergonomiques de l'activité de l'équipe de soins et du travail collectif, 7 l'évaluation de la charge de travail, 6 la charge physique et les lombalgies, 2 les accidents du travail, 5 l'ergonomie de conception du matériel hospitalier, 6 l'adaptation des nouvelles technologies aux utilisateurs, 9 l'ergonomie et la psychopathologie du travail dans le cadre de la relation avec la maladie, 6 l'organisation des horaires de travail à l'hôpital et 4 les ambiances de travail. S'y adjoignent 34 posters.

3.2/ En 1993 est paru le livre "Pratiques de l'Ergonomie à l'hôpital, Faire siens les outils du changement" d'un collectif d'auteurs (Villatte et coll.).

Robert Villatte et Charles Gadbois étaient membres du Comité d'experts pour l'application de l'accord Durieux sur les conditions de travail à l'hôpital (15 Novembre 1991). Partant du principe

que "seuls ceux qui participent à l'action peuvent intervenir pour en modifier le cours à long terme, seuls ceux qui font peuvent essayer de faire autrement. Tous les autres peuvent contribuer, aider, suggérer, mais leur bonne volonté est limitée. C'est à l'intérieur de l'équipe de travail que se trouvent les clefs pour soigner les malades et préserver les soignants...pas de qualité de soins pour le client sans qualité de vie pour le personnel". Le livre est le fruit de travaux (entre autres) des centaines de membres de CHSCT impliqués dans la Formation-Action "La preuve par Cent" initiée en 1990-91 par la Fédération CFDT Santé-Sociaux. Il propose une invitation adressée à tous les acteurs de l'hôpital pour qu'ils se saisissent des outils de l'ergonomie et un guide pour y réussir. C'est ainsi que les auteurs montrent concrètement comment dans différents hôpitaux, petits ou grands, des groupes de travail associant des membres des groupes professionnels les plus variés ont mené l'analyse ergonomique d'une situation de travail, débouchant sur la définition de solutions et (parfois non sans péripéties) sur leur mise en place. Puis ils présentent les différents outils de l'ergonomie, les méthodes pour construire les solutions et discutent des moyens de faire adopter ces solutions au sein de l'établissement. Ils proposent enfin un sommaire en forme de tableau avec en lignes les thèmes abordés dans le travail hospitalier et en colonnes la démarche adoptée et les méthodes effectivement utilisées. Les auteurs définissent le travail hospitalier comme étant le fait de "gérer un soin et une relation dans un temps contraint". En post-face, Catherine Teiger (1993) insiste sur la nécessaire liaison entre formation et action en vue de changer le travail : la mise en œuvre de la démarche ergonomique sur les lieux de travail et son "appropriation" par les acteurs de l'entreprise au sens large. Les trois aspects de la démarche ergonomique sont, selon elle, - le changement de regard, - le choix des outils avec des critères, et - la négociation (au sens commun du terme ou au sens technique des négociations institutionnelles entre les partenaires sociaux). Il faut gérer la relation avec des gens qui souffrent et meurent à l'hôpital ; "cela signifie une nécessaire prise en compte de l'affectif dans cette relation ... la parole et la communication dans le travail deviennent donc centrales". Toujours selon Catherine Teiger (1993), "la deuxième caractéristique frappante du travail à l'hôpital est la diversité des manifestations de la contrainte de temps : *Brièveté des échanges et des présences dans chaque chambre, *gestion du temps dépendante des exigences temporelles des autres et * travail de nuit. La troisième caractéristique du travail de tout personnel hospitalier est d'être très fortement en interconnection voire en interdépendance avec l'activité des autres professions agissant sur les mêmes lieux. C'est un aspect de la dimension collective du travail qui est une source notable de dysfonctionnements et de contraintes, mais aussi d'entraide, de coopération et de plaisir dans le travail. Elle conclut que l'hôpital et tout système de soin est bien un système complexe qui doit être considéré dans son ensemble et dans les relations entre ses diverses composantes à la fois".

3.3/ Poinsignon et coll. (1995) relatent l'expérience dans les établissements hospitaliers des "formations-actions à l'analyse des situations de travail".

"La formation-action est une démarche, cadrée dans le temps, qui vise à la fois : 1°/ des objectifs de court-terme : *la résolution de problèmes immédiats, à partir d'un diagnostic réalisé sur le terrain et *la construction de plans d'action pour traiter des problèmes plus lourds et transversaux

; et 2°/ des objectifs de moyen et long terme : * un transfert aux participants de méthodes d'analyse acquise par la pratique pendant la formation-action et reproductibles sur d'autres questions d'organisation et de conditions de travail,* un décloisonnement entre services et catégories professionnelles, grâce à un travail collectif de réflexion et d'action à partir des problèmes réels du terrain, * une dynamisation du fonctionnement du CHSCT, par la transmission à ce dernier des résultats des travaux aux fins de prise de relai". Cette démarche doit s'inscrire réellement dans la durée et installer durablement dans l'hôpital d'autres manières d'aborder les problèmes, d'autre façons d'impliquer les acteurs. Son objectif fondamental est de dynamiser le dialogue social de façon permanente, dans les structures prévues par les textes. Dans une enquête de la Direction des Hôpitaux et de l'ANACT en 1994, l'impact des formations-actions, les plus mal notées en cours et en fin d'intervention, est jugé très positif à six mois ou un an. En conclusion, les auteurs espèrent que les formations-actions contribueront au succès de la politique nationale d'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux, qui va se poursuivre au delà de l'achèvement officiel du dispositif issu des accords Durieux.

3.4/ Dans un établissement hospitalier, le passage aux 35 heures de nuit pour les soignants a eu des conséquences, entre autres, sur le rôle des cadres infirmiers (Benchekroun et coll, 1998).

Les Entretiens d'Explicitation Guidés par l'Activité (EEGA) sont des entretiens semi-directifs structurés autour de trois grandes familles d'axes d'investigation : 1/ Les contraintes et les difficultés rencontrées dans l'exécution du travail, 2/ les marges de manoeuvres et les régulations opératoires possibles ainsi que les situations où ces régulations sont mises en échec, et 3/ Les coûts pour le salarié, le patient et le service. L'analyse des EEGA conduite avec cette catégorie de personnel, a permis d'identifier les caractéristiques essentielles de leur travail de planification et d'organisation des équipes de soins : activité d'intégration de contraintes contradictoires émanant des directives de l'hôpital et de la gestion quotidienne des services ; activité de transformations de ces contraintes en action d'ajustement permanent des moyens, des objectifs et des résultats ; activité de prescription du travail des soignants. Pour faire face à l'ensemble de ces contraintes, certes, des régulations s'opèrent avec le corps médical et l'équipe de soins, mais elles sont de plus en plus limitées et coûteuses à la fois pour le personnel, le patient et le service. Les auteurs concluent qu'une réduction du temps de travail(RTT) doit placer au centre de son dispositif la réalité du travail et de son contenu. Sinon, la RTT se traduira par une baisse sensible des effectifs réels, par une intensification du travail individuel et collectif et, de ce fait, par la réduction de marges de manoeuvre et des régulations opératoires qui ne portent pas atteinte à la santé des salariés et à la qualité des soins. Les auteurs citent Theureau (1981), lequel souligne "le caractère interrompu" de l'activité de l'infirmière, caractéristique qu'il met en relation avec la variabilité et le degré de prévisibilité de la journée de travail. Gadbois (1981) montre avec l'analyse des activités des surveillantes, l'importance des coordinations qui doivent être assurées entre les activités de tous ceux qui interviennent à l'hôpital. L'auteur propose l'analyse des tâches interférentes comme une approche susceptible d'aider à une meilleure compréhension des questions liées à la coordination.. Il considère comme tâche interférente "toute tâche qu'un

travailleur se voit inopinément sollicité d'accomplir à l'instant et dont l'exécution, soit nécessite l'interruption de la tâche dans laquelle il est engagé, soit sera assurée simultanément avec celle-ci".

4/ RESULTATS RECENTS SUR DES COLLECTIFS DE TRAVAIL EN ANESTHESIE REANIMATION :

Ce collectif de travail regroupe le médecin anesthésiste-réanimateur, les infirmières spécialisées, les panseuses, le chirurgien, etc

4.1/ Le Rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la sécurité anesthésique, 1993 :

Des efforts dans l'ergonomie des apppareils doivent être réalisés pour qu'un seul coup d'oeil permette de saisir à la fois les données des principaux appareils de surveillance, l'aspect général du patient et ce qui se passe de l'autre côté du champ chirurgical. (HCSP, p.18).
Le Rapport mentionne des durées de travail importantes : gardes et astreintes, interventions prolongées, etc et préconise le recours à la mise en place d'une charte d'organisation des services ou des activités. Il stipule que l'anesthésiste Réanimateur devrait pouvoir intervenir dans la gestion des programmes opératoires en concertation avec ses collègues médecins et chirurgiens. "Il conviendrait d'associer les anesthésistes réanimateurs à la gestion des programmes opératoires, à la définition du nombre de sites anesthésiques dans un même établissement, à la restructurarion des établissements publics et/ou privés dans lesquels on pratique l'anesthésie".
Il compare l'activité d'anesthésie-réanimaiton à une chaîne dont la solidité vaut celle de son maillon le plus faible : la mesure la plus urgente doit concerner le caractère obligatoire, réglementaire des salles de Réveil.
D'après le rapport HCSP (p.15) sur la sécurité, à l'origine des accidents, une défaillance du matériel n'est en cause que dans 15% des cas, contre 85% pour l'erreur humaine.
Le tRapport décline les six facteurs favorisants les plus fréquents, faisant ainsi apparaître les solutions possibles que sont notamment la formation initiale et continue, l'amélioration de la communication, la réduction de la fatigue et le matériel de surveillance. La fréquence des principaux facteurs humains en cause dans les accidents anesthésiques (d'après Cooper, 1988) est la suivante : expérience insuffisante (16%), matériel non familier (9,4%), communication insuffisante (5,6%), hâte (5,4%), inattention (5,4%) et fatigue (5%).

4.2/ En ce qui concerne la fiabilité humaine en anesthésie-réanimation, les résultats de De Keyser et Nyssen (1993) restent d'actualité :

"Fidèle à la tradition francophone, l'erreur humaine est étudiée sur le terrain, ici en anesthésie. Les auteurs précisent le contexte social, comparent l'anesthésie à un processus continu (dans le secteur industriel), développent une analyse cognitive de la tâche, insistant sur les aspects temporels et les exigences cognitives eu égard au fonctionnement cognitif de l'homme. Se référant à la distinction faite par Hollnagel (1991) entre fiabilité, robustesse et adaptibilité du

système homme et machine, ils présentent et analysent certaines erreurs humaines qui révèlent l'importance des éléments de variation de l'environnement et du caractère dynamique de la situation. Influencés par la Psychologie du temps, ils postulent l'existence de différents systèmes de référence temporels, et de synchroniseurs externes liés à ces systèmes qui permettraient à un individu de répondre adaptativement aux exigences de synchronisation face à des événements, des actions, dont l'évolution ne peut se calibrer en temps d'horloge. Des systèmes de référence temporels inadéquats, des synchroniseurs absents peuvent faire échouer cette adaptation à l'évolution et la dynamicité de l'environnement. La prévention intègre différentes mesures (technologiques, sociales, ergonomiques, organisationnelles, etc), et repose sur le recueil et l'exploitation des erreurs".

Cette inadéquation entre une réalité présente, et des connaisances "prêtes à l'emploi" est la porte ouverte à des erreurs, dont Reason (1988) souligne avec force qu'elles sont le prix à payer pour un fonctionement humain adapté à l'aspect dynamique de notre environnement. Hollnagel (1991) relève 3 qualités du système homme-machine : la fiabilité, la robustesse et l'adaptativité (exemples : un interne en formation persiste dans le traitement qu'il a prescrit, en dépit d'une brusque aggravation de l'état du malade, alors que dans ce cas l'appel au senior de garde est de règle ; ou un médecin rencontrant une maladie atypique et qui échoue à sauver son malade). Si le monde change et que l'homme reste rigide, il y a risque d'erreur. Dans le domaine de l'anesthésie, le nombre d'actes a considérablement augmenté ces dernières années. Aux Etats Unis, dès les années 80, de larges enquêtes tentent de cerner les facteurs à l'origine des erreurs ; c'est ainsi que Cooper (1984) a étudié les stratégies potentielles pour la prévention et la détection des incidents : formation complémentaire des anesthésistes (25%), meilleure organisation (13%), meilleure supervision ou consultation d'un confrère (12%), monitoring plus élaboré (11%), équipement mieux conçu (11%), vérification préalable du matériel (6%), meilleure évaluation pré-opératoire (6%), meilleure communication (6%), meilleurs schémas de travail (5%), critères de sélection ou de renvoi plus rigoureux (3%). De Keyser et Nyssen comparent l'anesthésie à un processus continu : "De l'état de veille à l'état de réveil, il y a une série d'états induits et contrôlés par l'anesthésiste ; l'anesthésiste induit des états, contrôle l'équilibre de ces états et il surveille, détecte, diagnostique et récupère les incidents. L'action de l'anesthésiste est contextuelle ; elle s'insère dans une situation évolutive, marquée par une transformation de l'état du patient, et par l'action du chirurgien. Une analyse factorielle a permis d'identifier six facteurs à l'origine des erreurs : la gestion de l'information, la supervision, la pression productive et temporelle, l'allocation d'attention, la coopération et la co-décision et des contraintes liées à la tâche. Il est fréquent que les anesthésistes travaillent douze heures d'affilée sans compter les gardes du soir et du week-end. La possible baisse de vigilance associée à des conditions de travail que l'industrie hésiterait à adopter dans des postes à risque préoccupe les chercheurs. L'anesthésiste rapporte des actions à trois systèmes de référence : le planning hospitalier, l'état du patient et l'acte chirurgical.

La prévention repose sur une série de six mesures de récupération des incidents ou des erreurs : les mesures technologiques, les mesures ergonomiques, les mesures sociales, les mesures organisationnelles, les mesures de développement de l'expertise et enfin le recueil et

l'exploitation des erreurs, indispensables à l'élaboration d'une politique de prévention et de gestion de l'erreur.

4.3/ Les contraintes temporelles dans le diagnostic médical de l'urgentiste et leurs conséquences ont été étudiés chez les praticiens hospitaliers, Assistants et Attachés (Rachedi, 1998).

L'analyse du travail réel dans le Service Accueil et Urgences a montré les relations privilégiées qu'il entretient avec l'unité d'hospitalisation de courtes durées (UHCD) et rend centrales ces deux structures au sein du centre hospitalier en tant que pourvoyeurs d'hospitalisations dans les autres services. Une lettre ouverte des urgentistes et du chef de service adressée à la Direction de l'hôpital témoigne d'une charge de travail élevée et de conditions de travail qualifiées d'insoutenables. Il est courant que les urgentistes travaillent plus de 60 heures par semaine (65 h au Royaume Uni, 70 à 80 h aux Pays Bas et font 5 gardes par mois, le plus souvent non rémunérées. Ils insistent sur l'incidence des horaires excessifs, sur la qualité des soins et sur la détérioration des fonctions neuropsychiques après 24h de garde.

La médecine d'urgence implique chez les soignants de fortes contraintes temporelles : 1/ la pression temporelle de l'urgence vitale (le fait qu'un patient venu aux urgences ne doive séjourner qu'un court laps de temps crée un sentiment et un syndrome du "patient qui échappe" avant de l'avoir complètement stabilisé) et le fait qu'il faille prendre en quelques minutes des décisions préservant les fonctions vitales ; 2/ La pression temporellle des activités en temps partagé : " En situation d'urgence, et notamment dans le cas où le pronostic vital est engagé, l'urgentiste met en oeuvre des activités cognitives complexes pour faire face au volume d'informations à traiter qui devient important, pour gérer le réseau de relations et de communications et faire face aux perturbations qui exigent une régulation rapide et efficace. Dès lors l'élaboration de représentations fonctionnelles et dynamiques de la situation de travail joue un rôle de cadre organisateur pour la planification, le guidage de l'action et pour agir efficacement dans le travail...l'activité médicale et l'activité d'urgentiste en particulier peut être comparée à une activité de conduite et de supervision d'un processus continu. En effet, la situation de travail est dynamique et nécessite de l'urgentiste de surveiller l'évolution du patient et d'opérer des régulations qui exigent une grande coopération. Cette situation est caractérisée par un degré d'incertitude et un degré de risques importants....La qualité de la réponse diagnostique n'est pas la même à la prise et à la fin d'une garde.. "en 30 ans de métier et de garde je me dégrade".. Les conséquences chez les urgentistes se manifestent par des départs et des dépressions, ajouté à cela l'agressivité de certains patients et surtout de leurs accompagnants...l'absence de plans de carrière et de reconnaissance du statut d'urgentiste..on vit un burnout extrême". Les répercussions sur la santé sont signalés par un tiers des médecins et par les 2/3 d'entre eux en ce qui concerne la vie personnelle hors travail...Dans le cadre de la démarche d'accréditation des hôpitaux, les urgentistes vont être amenés en plus à opérer des compromis entre l'activité réelle de diagnostic et l'activité d'indexation (Programme Médical du Système d'Information (PMSI)) qui implique un véritable travail d'indéxation mobilisant l'urgentiste et lui créant une source supplémentaire de contraintes temporelles". Rachedi propose enfin des pistes de transformations : 1/ chevauchement des périodes de travail de 22h30 à 2h du matin avec deux urgentistes ; 2/

suppression des gardes de 24h et leur remplacement par des modalités d'organisation de deux équipes sur deux périodes de douze heures avec la présence de deux urgentistes de 18h à 2h du matin ; 3/ analyser plus finement les activités cognitives et sur les modalités de dégradation de la performance devraient permettre d'améliorer les conditions de travail des urgentistes.

4.4/ Selon Escudié et coll (1998), dans les secteurs professionnels requérant un fonctionnement en continu, la pratique des horaires postés en 2 x 12 heures tend à s'accroître.

Les auteurs présentent une étude menée dans une unité de réanimation d'un service de cardiologie pédiatrique : dans celle-ci en effet, ce système d'horaires se trouve être mis en question du fait d'une forte rotation du personnel infirmier affecté à cette unité et de situations épisodiques de sous-effectif créant des difficultés pour répondre pleinement aux besoins. En s'appuyant sur la combinaison d'une pluralité de méthodes, les auteurs mettent en évidence les déterminants de la situation de travail permettant de comprendre les mécanismes qui interviennent dans l'acceptation de cette organisation par les personnels. Ils dégagent un certain nombre de questions à se poser pour améliorer le système existant ou pour le modifier. Pour conclure, il leur paraît essentiel de traiter le problème dans tous ses aspects temporels, avec l'objectif de répondre aux exigences du malade et des soins dont il doit bénéficier, de l'institution hospitalière et du personnel dans sa vie professionnelle et extra-professionnelle. Concernant le personnel infirmier, lors du passage de la séquence de jour à la séquence de nuit, la difficulté de "digérer" cette alternance nuit/jour se traduit par une dette de sommeil avant la séquence de travail suivante de jour et par la difficulté de maintenir un haut niveau de vigilance lors des premières journées de travail de la séquence suivante. Cette alternance donne aux infirmiers le sentiment d'être "hors jeu" de la vie professionnelle et personnelle. Cela induit pour certains une rupture des liens sociaux que l'on ne retrouve pas chez les personnes en équipes fixes de nuit. Les IDE sont dans une démarche d'acquisition et de production permanente des connaissances, résultats d'une co-élaboration et d'une coopération entre le corps médical et le corps infirmier. Il y a une co-construction de la démarche thérapeutique. On sait que cette configuration est essentielle dans le niveau de satisfaction des IDE en réanimation (Nakata et al., 1994, Buchnall et al. 1996). Dans quelle mesure un système d'horaires en 12heures permet-il éventuellement une distribution des temps de travail et hors travail de nature à favoriser la métabolisation de la charge psychique inhérente à la spécialisation du service ? A ce titre les personnnels de cette unité de réanimation travaillant dans le système alternant éprouvent plus de difficultés que ceux travaillant dans un système fixe : la dette de sommeil, l'organisation de la vie au travail et hors travail créent une situation d'isolement plus fort. Ils n'ont pas les mêmes possibilités d'évacuation de la charge émotionnelle. Le personnel de l'unité apparaît subir une rotation importante, nettement au-delà de la moyenne et plus élevée que le turn-over des services utilisant dans d'autres hôpitaux le même type d'horaire.

En ce qui concenrne l'érosion de l'efficience liée à la longueur de la journée de travail se trouve posée la question de possibilités de pauses et des marges de manoeuvre délimitées par l'effectif de l'équipe.

Dans les services de réanimation où le travail est mentalement astreignant et physiquement éprouvant, quelles compensations les responsables d'établissement peuvent envisager d'offrir pour attirer et conserver un personnel motivé dans un tel service et pour permettre au service d'offrir un niveau de soins au moins égal.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES :

Afin de réduire la fréquence et la gravité de la pathologie du personnel en Anesthésie Réanimation, il serait utile de faire un bilan exhaustif des résultats disponibles en France et à l'étranger, puis de procéder à l'analyse de l'activité dans des situations d'action typiques et de confronter l'ergonomie aux méthodes épidémiologiques (Volkoff, 1997)

Par ailleurs, les méthodes d'organisation du travail doivent réinterrogées, avec éventuellement des aides logicielles permettant de gérer le maximum de variabilités (Lafferrerie et coll, 1999).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Allie, G, Brunhes, M., Colin, B., Devauchelle, P, Lafferrerie, A., Le Port M.C., Orinovski, J. Poulain, F, Wassmer, E. (1991). *Recommandatons ergonomiques aux partenaires des Services Vocaux Téléphoniques*. Paris, France Télécom.

Benchekroun, T.H., Davidson, J.C., Hervé, J.B., Langa P., Negroni, P., Barros Oliveira, P.A., Vion, M. (1998). Expliciter pour comprendre le rôle des cadres infirmiers dans l'organisation des équipes de soins. *33è Congrès de la SELF,* Paris, 319-330.

Bucknall, T., Thomas, S. Clinical care nurse satisfaction with levels of involvement in clinical decisions. *Journal of advanced Nursing*.1996/03, 23, 3, 571-577.

Cassou, B, Laville, A. (1996). Vieillissement et travail : cadre général de l'enquête ESTEV. In : F. Derriennic, A. Touranchet, S. Volkoff, *Age, travail, santé.* Paris, Les Editions INSERM, 13-31.

Cooper, J.B.(1988). Human error in anesthesia. In : F. Clergue, La sécurité de la période opératoire. Paris, JEPU Arnette, 257-263.

Daniellou, F. (1988). *Ergonomie des projets industriels*. Paris, Polycopié du CNAM.

Derriennic, F., Touranchet, A., Volkoff, S. (Eds) (1996). *Age, travail, santé ; Etudes sur les salariés âgés de 37 à 52 ans, Enquête ESTEV 1990.* Paris, Les Editions INSERM, 440 p.

Escudié, O., Gadbois, C., Giujuzza, C. Michel, A., Saurel D. (1998). Equipe en 12 heures à l'hôpital : analyse d'une réponse locale aux exigences de la tâche dans une unité de réanimation. *33è Congrès de la SELF,* 79-88.

Estryn-Behar M., Gadbois, C., Pottier, M.(Coords) (1992). *Ergonomie à l'hôpital, hospital ergonomics*. Toulouse, Octarès, 507 p.

Estryn-Behar, M., Kaminski, M., Bonnet, N., Azoulay, S., Gozlan, C., Tintori, R. (1993). Santé mentale et stress des soignantes. Confrontation des approches épidémiologiques, psychologiques et ergonomiques. *28è Congrès de la SELF*, Genève, 15-18.

Foret, J. (1973). *Sommeil et horaires de travail irréguliers*. Thèse pour le titre de Docteur-Ingénieur. Lille, Université des Sciences et Techniques, 103 p.

Gadbois, C. 1981). Les tâches interférentes : un problème caractéristique du travail hospitalier. *Soins* , 26, 12, 20/6/81.

Guérin, F, Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., Kerguelen, A. (1997). *Comprendre le travail pour le transformer, La Pratique de l'Ergonomie*. Montrouge, ANACT, 287 p.

Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), 1993. *Rapport sur la sécurité anesthésique.* Internet. Site http://www.sfar.org:hcsp.html

Hollnagel, E., (1991). Cognitive ergonomics and the reliability of cognition , First Travail Humain Workshop, Paris, May.

Keyser (de) V., Nyssen A.S. (1993). Les erreurs humaines en anesthésie. *Le Travail Humain*, 56, 2-3/1993, 243-266.

Lafferrerie, A., Dufoir, A., Gauvain, J.C. Mhamdi, A., Ouni, R. (1992). Analyse des communications sur avaries dans le métro parisien. In : *Les aspects collectifs du travail, Actes du 27è Congrès de la SELF*. Lille, Gern, 103-106.

Lafferrerie, A., (1997). Le télétravail : Apports de l'Ergonomie. In : *Actes du Second Festival Européen du Télétravail et des Téléactivités*, 20-22 Mars 1997, Serre Chevalier. Paris, Systémia, 115-127.

Lafferrerie, A (1998). Les pauses pendant le travail : déterminants humains et organisationnels. In : Temps et Travail, Actes du 33è Congrès de la SELF, Paris, 211-222.

Lafferrerie, A., Langa, P., Negroni, P. (1999). Du système intégré d'information (Progiciel SAP) à de nouvelles formes de gestion. Quelles transformations dans la réalisation du travail ? In : *34è Congrès de la SELF*. Caen, Septembre 1999.

Lille, F., Andlauer, P. (1981). Rythmes circadiens, sommeil, veille et travail. In : J.Scherrer (Ed), Précis de physiologie du travail. Paris, Masson.

Nakata, J.A., Saylor, C., Management style and staff nurse satisfaction in a changing environment. Nurs Adm Q, 1994, 18 (3), 51-57.

Neveu, J.P. (1995). Epuisement professionnel : concept et méthodologie. *Le Travail Humain,* 58, 3, 209-228.

Neveu, J.P. (1996). Epuisement professionnel : recherche exploratoire en milieu hospitalier. *Le Travail Humain,* 59, 2, 173-186.

Poinsignon, H., Jorand, Y., Pépin, M., Gallet, A.M. (1995). *Changer le travail à l'hôpital, Analyser les situations de travail pour améliorer les conditions de travail*. Montrouge, ANACT, 220 p.

Rachedi, Y. (1998). Les contraintes temporelles dans le diagnostic médical de l'urgentiste et leurs conséquences. *33è Congrès de la SELF*, Paris, 309-318.

Reason, J (1988). *Human Error*. Cambridge (UK), University Press.

Selye, H. (1979). The stress concept and some of its implications. In V.Hamilton & D.M.Warburton (Eds), Human stress and cognition in an information processing approach, pp 11-32. New York, Wiley.

Sperandio, J. C. (1984 ; 2è édition 1988). *Ergonomie du travail mental.* Paris, Masson, 140 p.

Teiger, C. (1993). Postface, In : R. Villatte, C. Gadbois, J.P. Bourne, L. Visier (1993). *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital, Faire siens les outils du changement.* Paris, InterEditions, 297-302.

Theureau, (1981). Eléments d'analyse temporelle du travail infirmier. L'infirmière de l'équipe de soins en orthopédie. *Le Travail Humain*, 44, 1, 93-107.

Villatte, R., Gadbois, C., Bourne, J.P., Visier, L. (1993). *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital, Faire siens les outils du changement*. Paris, InterEditions, 302 p.

Volkoff, S. (1997). Représentativité, significativité, causalité : l'ergonomie au contact des méthodes épidémiologiques. *32è Congrès de la SELF*, Lyon, 705-716.

POUR EN SAVOIR PLUS.... :

Bleichner, G. (1996). *Guide des outils d'évaluation aux urgences.* Société de réanimation de langue française, société francophone des urgences médicales. Arnette Blackwell (Eds).

Carpentier-Roy, M. C. (1995). *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal, Liber.

Grosjean M., Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*. Paris, PUF, 225 p.

Laville, A. (1976). *L'ergonomie*. Paris, PUF, Collection Que sais-je ?, 128 p.

Leboul, D., Higgins, R. (1997). De l'utilité des groupes de paroles en milieu hospitalier : quelles règles pour quelles pratiques ? *1er Colloque International de psychodynamique et de psychopathologie du travail*, Paris, CNAM. Tome 1, 97-110.

Marquié, J. C.(1995). Changements cognitifs, contraintes de travail et expérience : les marges de manœuvre du travailleur vieillisant. In : J.C. Marquié, D. Paumès et S. Volkoff, *Le travail au fil de l'âge.* Toulouse, Octarès, 211-244.

Montmollin (de), M. (1990). *L'ergonomie*. Paris, La Découverte, 125 p.

GLOSSAIRE :

Psychologie cognitive : traitement de l'information dans la dynamique de l'activité.

Psychologie sociale : dimensions collectives du travail de l'équipe sous l'angle de la circulation de l'information et de l'articulation entre les programmations temporelles propres à chacun des membres de l'équipe.

Psychopathologie du travail : conséquences des contraintes de travail en termes de maladies mentales.

Psychodynamique du travail : puisque les contraintes liées à l'organisation du travail peuvent être délétères pour la santé mentale, comment font les travailleurs qui, pour la plupart, réussissent à les endurer sans tomber malades mentalement ?

****

ANESTHESISTE-REANIMATEUR ET LEGISLATION DU TRAVAIL : ASPECT PSYCHOSOCIOLOGIQUE

DR PATRICK DASSIER [*]

INTRODUCTION :

La réglementation sur la durée du travail a été abordée précédemment. Actuellement les praticiens hospitaliers dépendent du statut de praticien hospitalier (décret 84-131) qui représente de la part de la Direction des Hôpitaux le fondement de toutes négociations. Ce statut est unique et pour certains points assez inique.

Les principales revendications actuelles sont le repos de sécurité et l'application au monde médicale des directives 93/104. Ces revendications s'inscrivent dans une vision globale de politique de santé.

Le repos de sécurité devra entraîner une **restructuration des sites opératoires** des hôpitaux. **Une restructuration régionale** doit être concomitante pour **permettre le dimensionnement des équipes de gardes**. Le repos de sécurité impose également de justifier **la pertinence** des sites par la qualité et la quantité des activités des sites. La pertinence des listes de gardes et astreintes doit être également abordée par leur nécessité de mission de service public. Pertinence, sous-entend qualité des soins et accréditation. Qualité des soins et accréditation sont des objectifs majeurs pour le SNPHAR.

L'aménagement des conditions de travail par l'application des directives européennes est un objectif fondamental. Il s'inscrit dans une évolution européenne du paysage médical, tant au niveau de la formation initiale et continue (formation des étudiants en Médecine et des d'anesthésie-réanimation, intégration des médecins non européens), qu'au niveau de la réglementation du travail des médecins. L'anesthésie-réanimation est une des spécialités à forte pression médico-légale (décret sécurité 94-1050). Le mode d'exercice de notre discipline est dominée par des caractéristiques spécifiques : fréquence des gardes jusqu'à des âges avancés (pénibilité) et exercice sous forme de prestations de service.

Le corps médical et notamment les anesthésites-réanimateurs sont ils **des citoyens à part entière ayant des droits et des devoirs** ? Actuellement l'accent est toujours mis sur les devoirs de la profession médicale. Par contre droit de revendiquer l'application des directives européennes et la volonté de normaliser notre mode d'exercice aux législations du travail sont volontiers considérés comme suspects. Les médecins anesthésistes réanimateurs doivent avoir le courage de formuler leurs

[*] *Hôpital Broussais, 75014 Paris France E mail : patrick.dassier@wanadoo.fr*

revendications. Celles expriment non pas tant une souffrance, qu'un épuisement et une exaspération majorées par la pénurie démographique et l'absence de reconnaissance.

La réponse est **plurielle**, mais surtout elle impose une évolution psychosociologique des médecins anesthésistes réanimateurs. Les médecins anesthésistes réanimateurs doivent discerner par rapport à l'évolution de la société, leur représentation sociologique, les priorités de leur mode de fonctionnement futur et comment ils pourront assurer de façon concomitante, un épanouissement dans leur vie professionnelle et personnelle. Une révolution intellectuelle doit s'opérer pour normaliser leur mode de fonctionnement professionnel à de justes aspirations de vie extra professionnelles. A l'heure de la possibilité de mise en concurrence des producteurs de soins, les PH sauront ils faire valoir, leur faire savoir et leur valeur pour une amélioration statutaire et financière ?

En ont ils la volonté et le courage. Nous devons élaborer un échéancier de mesures prioritaires à obtenir à **la limite d'une stratégie de survie**. Le rôle du SNPHAR est de les y aider.

LA REGLEMENTATION ACTUELLE :

- ***Le statut du praticien hospitalier de 1984.***

Le statut de praticien hospitalier définit bien le niveau exigible d'activité. Ce niveau d'activité exprimé avec pudeur et timidité par la Direction des Hôpitaux, se manifeste **d'une manière autoritaire et réglementaire en cas de conflit** entre un PH et le chef de service ou la direction de l'Hôpital.

Actuellement le PH doit 10 demi-journées hebdomadaires. Les journées sont définies par les heures ouvrables allant de 8h30 à 18H 30 mn soit 10 heures pour deux demi-journées (Lettre de G. Vincent DH/7 n°7291 du 5 septembre 1991). L'activité de gardes réglementaires est de une garde par semaine (de 18h30 à 8h30 mn : 14 heures) et de un jour férié ou un dimanche par mois (soit 24 heures). Le standard exigible est donc de 22 jours ouvrables, de 4 gardes de semaine et d'un dimanche ou jour férié par mois. Le total est significatif puisque nous atteignons le niveau de 300 heures par mois.

- ***Le statut de gardes (l'arrêté de 1973).***

La garde a une signification particulière. Elle a pour objectif la continuité des soins et l'accueil des urgences, la périnatalité et le fonctionnement des services de réanimation. Cette activité ne diffère en rien de l'activité de jour. Elle se caractérise par un mode d'activité supplémentaire, dans des conditions spécifiques d'isolement voire de précarité des moyens disponibles (le niveau de fonctionnement de l'hôpital la nuit et les jours fériés est amoindri).

Notre employeur, la Direction des Hôpitaux continue à penser que les gardes ne sont pas du travail à part entière. Une telle interprétation est significative du mode de fonctionnement de notre interlocuteur et de la passivité des médecins anesthésistes réanimateurs qui ont développé un fort sentiment de culpabilité.

N'oublions pas que la garde est actuellement une activité supplémentaire qui s'intercale entre deux journées d'heures ouvrables. A l'heure de la négociation sur les 35 heures hebdomadaires, la DH demande aux praticiens hospitaliers effectuant des gardes, de travailler 34 heures d'affilée. Mais il est vrai que la garde n'est pas un travail ! Le plus étonnant est l'acceptation par le corps médical d'une telle

interprétation. Ceci est du à son statut de DOCTEUR. Mais il est vrai que le nombre de PH titulaires présents en garde reste assez restreint.

Le plus intéressant est la précaution du 3° alinéa de l'article 5 de l'arrêté de 1973, qui déclame qu'un médecin ne doit pas être de garde pendant plus de 24 heures d'affilée. Pourquoi une telle précaution pour une activité **virtuelle** ?

- ***Le retentissement financier***

Un médecin hospitalier est actuellement rémunéré à un tarif horaire de 140 F brut total employeur de l'heure (salaires, charges sociales employeur et salarié), en activité supplémentaire de nuit ou de dimanche. La grille salariale échelonne le tarif brut total horaire de jour de 138 F pour un échelon 1 à 330 F pour l'échelon 13. Donc une activité nocturne ou de jour férié est rémunérée à un tarif inférieur à celui de l'activité de jour ouvrable. Ici pas notion de travail de nuit, d'heure supplémentaire, car nous ne dépendons pas du Code du Travail et du Code de la Fonction Publique.

Selon **l'article 324-10 du Code du Travail**, les 169 heures affichées au bas de notre fiche de paie, exposeraient tout employeur autre que l'administration hospitalière, à l'accusation de **travail dissimulé** sur l'ensemble de notre activité.

- ***Les directives européennes 93/104.***

Le rapport Roché, a définitivement écarté de la discussion l'application des directives européennes pour le secteur public. A la page 10 du rapport, sur la fonction hospitalière publique, le rapporteur conclue que " **les directives européennes 93/104 ne sont pas ADAPTEES au mode de fonctionnement de la fonction publique hospitalière** ". A quelques mois des élections européennes le rapporteur enterre définitivement le processus de **SUBSIDIARITE** européenne.

En fonction de l'intelligence de lecture de ces directives européennes 93/104 modifiées en février 1999, les praticiens ne peuvent revendiquer aucune amélioration de leur statut, s'ils se satisfont de l'article 17.1 en s'assimilant à du personnel d'encadrement ou d'autres ayant un pouvoir de décision autonome. Cette capacité de décision autonome est celle d'organiser ses horaires de travail.

Par contre, depuis février 1999, les médecins en formations ont réintégré l'article 17.2.1.i où se situaient déjà les praticiens hospitaliers. Pour ce type de population, seuls les articles 2 (définissant le travail) et l'article 6 (durée de 48 heures hebdomadaires heures supplémentaires comprises) sont applicables. Nous n'évoquerons pas ici le refus de la DH d'intégrer dans les textes réglementaires d'introduction au modifications du décret 84-131, les directives européennes et ceci en contradiction formelle avec l'article 18 des dites directives.

En conclusion :

Le statut 84-131 fut une réelle avancée pour les praticiens hospitaliers. Ce statut souffre néanmoins actuellement de son âge et d'un manque d'actualisation. Les cadres juridiques européens et français sur la législation du travail existent. La non-actualisation du statut vient de la négligence du corps médical et de la passivité d'un employeur qui a tout à gagner du statut quo actuel. La réelle question est de comprendre les motifs de la négligence du corps médical. Les explications sont multi-factorielles.

LE STATUT DE DOCTEUR :

Les docteurs en Médecine et les praticiens hospitaliers ne désirent pas intégrer la modification du statut de médecin dans la société française de cette fin de siècle. Cet état est en fait en rapport avec la volonté de ne pas réaliser la détérioration d'un statut social. Et pourtant de nombreux ouvrages et reportages ont décrit le spleen du corps médical.

Il faut dire que tout les ingrédients sont là pour culpabiliser la profession médicale. Ne parle t'on pas du coût de la Médecine et de l'attitude désinvolte des praticiens aux dérives de la consommation de soins. En cas de contestations des médecins face à d'éventuelles sanctions globales, ne parle t'on pas d'une attitude peu citoyenne face au besoin de solidarité.

Les médecins sont des gens passionnés par leur travail. Cet investissement les a progressivement déconnectés du monde actuel. Enfin, n'oublions pas que les médecins sont la seule profession à avoir une responsabilité trentenaire de leur acte !

- ***L'état de docteur en médecine : vocation ou sacerdoce ?***

Le choix de débuter des études médicales est parfois conditionné par une vocation. Mais une vocation empêche t'elle d'exprimer des revendications statutaires et salariales et la possibilité d'avoir une vie personnelle normale ? Ne confond t'on pas vocation et sacerdoce ?

Le choix des études médicales confine inconsciemment dans un statut d'éternel étudiant, et permet de retarder l'entrée dans la vie active. Cette entrée tardive est d'autant plus accentuée, avec l'internat actuel qui préconise la nécessité pour réussir sa carrière médicale, l'obtention d'un DEA et d'une thèse de 3° cycle. **Paradoxalement, les étudiants en médecine sont passées des humanités à la spécialité.** Cette révolution est considérable, car l'apprenti médecin se concentre obligatoirement sur son sujet en se déconnectant des contingences matérielles du monde actuel. Il en oublie souvent l'apprentissage de la clinique pour se concentrer sur le bachotage en vue de la réussite au concours d'internat et pour privilégier une démarche diagnostic de plus en plus complémentaire. Enfin, le mode de sélection développe chez les étudiants en médecine un **individualisme** que leurs futurs patrons seront exacerbés en leur promettant une hypothétique carrière hospitalière.

Ce constat est hélas réel, quand on voit l'ignorance des jeunes collègues aux conditions d'installation, et au niveau de charges à honorer : URSAFF, CARMF etc. Soulignons l'anachronisme du système qui permet à 35 ans, de considérer un salaire de PH échelon 3 comme une réussite après l'obtention d'un doctorat en médecine, du clinicat et d'une thèse de 3° cycle.

- ***L'anesthésie-réanimation : un métier et une spécialité transversale***

Notre discipline est une spécialité récente, qui se caractérise le nombre important de praticiens hospitaliers qui assumeront longtemps la charge de garde. Le vieillissement et l'absence de renouvellement de la profession pèseront de plus en plus sur le niveau futur de charge d'activité. L'avancement prudent dans la carrière ne tient pas compte du temps passé en gardes, d'autant que cette mission de service public n'est pas reconnue comme un travail à part entière.

L'anesthésie-réanimation est une spécialité clef des progrès chirurgicaux. Elle reste néanmoins **une spécialité de l'ombre**. Seuls des éclats médiatiques sur des accidents soulignent le rôle essentiel de cette profession. Cet état de fait est certes accepté par les professionnels, mais peut être source

d'une frustration mal évaluée. Le poids médico-légal de notre profession est réel et non contesté par le niveau des primes des assurances responsabilité civile professionnelle.

L'anesthésiste réanimateur se limite volontiers à un rôle de prestataire de service auprès des spécialités chirurgicales. D'ailleurs les chirurgiens ont su développer très tôt un sentiment de supériorité car ils fournissaient les malades aux anesthésistes. Ce sentiment de supériorité (injustifié) était d'autant plus accentué, que la majorité des spécialistes était issue de la voie du CES. L'avènement de l'internat dans notre discipline à modifier considérablement le rapport de force, d'autant que les DES d'anesthésie-réanimation sont souvent mieux nommés que ceux de chirurgie. L'anesthésie-réanimation est une spécialité transversale qui a su conquérir ses lettres de noblesse, par le très haut niveau de spécialisation encadrée par des textes réglementaires (décret sécurité), par la qualité de sa formation initiale et le niveau des travaux scientifiques et la précocité à organiser une FMC de qualité dans un esprit de transparence par l'instauration du Collège (évaluation, accréditation, nombre de points FMC). **En fait l'anesthésie réanimation, par son efficience et par son côté transversal au sein de l'organisation hospitalière est une menace permanente pour l'expression de pouvoir des autres spécialités médico-chirurgicales.**

- ***Le statut de praticien hospitalier : un métier ou du bénévolat ?***

Classiquement l'exercice de la médecine se faisait sous la forme d'une profession libérale avec des honoraires. L'exercice hospitalier était le plus souvent honorifique, et entrait dans le cadre d'un bénévolat de formation clinique des jeunes collègues. L'exercice libéral permettait de concrétiser un niveau salarial satisfaisant. Il était donc pas " **correct** " d'évoquer des questions d'argent.

L'avènement du statut de salarié dans les professions médicales aurait du changer cette interprétation. Par pudeur, le médecin hospitalier répugna pendant longtemps à évoquer cette composante. La désertification de certaines spécialités à l'hôpital, a provoqué une interpellation récente, notamment pour la radiologie et la psychiatrie, qui a mis en exergue la composante salariale. En fait de nombreux médecins ont su compenser, **en toute discrétion**, le niveau de leurs émoluments hospitaliers soit par une activité privée à l'hôpital, soit par des activités extra hospitalières d'intérêt général bien rémunérées, soit par des expertises médicales, tout en continuant à être payé de façon concomitante par l'hôpital.

Actuellement pour ceux qui se consacrent exclusivement au service public aucune gratification n'est prévue. Ce **statut de salarié** devrait nous amener à revendiquer, à combler le retard social de notre statut de praticien hospitalier et d'évoluer vers une normalisation face aux législations européenne et française du travail.

Pourquoi les médecins ont ils une telle répugnance à revendiquer cette normalisation ? En quoi le fait d'être médecin nous empêche t'il de revendiquer de meilleures conditions de travail, la possibilité d'une vie extra professionnelle. En quoi sommes nous différents des personnels de l'encadrement ou des pilotes de lignes ? Les *jeunes générations* ***sont plus*** *pragmatiques* ***et n'accepteront pas ce guet ho surtout dans notre discipline ou l'attractivité du monde libéral est fort. Il y a là une véritable interrogation,*** *un manque de capacité au faire valoir de notre métier !*

- ***L'exercice clinique : ou l'art du métier de médecin.***

L'exercice clinique, fondement de l'art de la pratique médicale est de moins en moins honoré. Cette absence de reconnaissance est due à la main mise du monde universitaire, faisant de la publication, le standard de la reconnaissance médicale et du pouvoir. D'ailleurs le statut d'universitaire en Médecine est celui de Fonctionnaire d'Etat.

Cet exercice médicale doit retrouver toutes ses prérogatives et ses lettres de noblesse. Il convient que les hôpitaux récompensent les praticiens hospitaliers qui se consacrent exclusivement au service clinique public. Cette activité lorsqu'elle est de qualité est la pierre angulaire d'un service public de qualité. Il faut donc notamment pour les praticiens hospitaliers d'anesthésie-réanimation puissent bénéficier des mêmes conditions logistiques (bureaux, secrétariat, FMC, etc.) que les praticiens des autres spécialités. Le mépris exprimé par l'AP-HP pour les anesthésistes réanimateurs qui vont exercer dans le futur hôpital du XXI° siècles est exemplaire et révélateur. Ce mépris est conforté par la passivité des praticiens de notre discipline. **Tout dysfonctionnement de structure est avalisé d'abord par ses acteurs.**

UNE REVOLUTION CULTURELLE :

Le médecin hospitalier, assurant une mission de service public doit se déconcentrer de sa sphère médicale pour entrer pleinement dans le monde du travail. Ses qualités humaines, la puissance de travail qu'il a su mobiliser pendant ses études médicales, peuvent aisément l'amener à s'ouvrir aux réalités du monde économique, du travail et de la gestion d'entreprise.

Vouloir la pérennité d'un service public de qualité, au service de la population n'exclue pas toute forme de revendications. Pour accroître son efficience professionnelle, le praticien hospitalier, doit savoir accepter de pouvoir se ressourcer en dehors du monde médical et de l'hôpital.

- ***L'ouverture sur d'autres sphères de compétences.***

Pour ceux qui veulent s'engager dans l'activité syndicale, en vue d'une amélioration du statut, il y a une nécessité impérieuse de s'ouvrir et de se nourrir de sphère de compétences annexes comme le droit du travail, l'ergonomie, la gestion hospitalière et de ressources humaines. Une telle ouverture permettra d'aborder les négociations avec les partenaires sociaux d'une façon plus efficace.

Pour le praticien hospitalier, une réelle réflexion doit se produire. En quoi le statut de Docteur en Médecine, immobilise t'il dans un état de sacerdoce ? Ce métier ne lui confère t'il le droit, comme pour tout citoyen à exprimer des revendications ? Le praticien hospitalier en anesthésie-réanimation, accepte t'il pour être efficient d'avoir une vie extra professionnelle normale. Une minorité a pourtant su trouver une harmonie, qui se manifeste par un niveau d'engagement équilibré, tant sur le plan professionnel que par l'investissement dans la vie de la cité et de leur famille.

- ***Prendre conscience du malaise.***

L'anesthésie réanimation est un **métier pénible** sur le plan physique par la fréquence des gardes qui sont la pierre angulaire de la pérennité du service public. La pénibilité psychologique est réelle, secondaire au poids médico-légal.

Cette pénibilité psychologique est majorée par le dysfonctionnement organisationnel qui caractérise les hôpitaux publics. L'anesthésiste réanimateur prend de plein fouet l'absence d'autonomie au travail face aux demandes importantes (8 millions d'anesthésie/an) des autres spécialités médico-chirurgicales (modèle de Karasek). L'absence de reconnaissance de notre spécialité engendre un déséquilibre entre le niveau d'investissement ou d'effort au bon fonctionnement d'une structure pour une récompense ou reconnaissance discrète (modèle de Siegrist). La pression psycho-dynamique du métier d'anesthésiste réanimateur de structures publiques est essentielle et importante.

Or les acteurs d'une structure organisationnel produisent un système défaillant. Intégrer cet état, nous permet de comprendre cette pression psycho-dynamique qui nous est imposée. La pérennisation de ce dysfonctionnement dépend de notre niveau d'acceptation. La volonté de corriger cette dérive et les solutions nous appartiennent. Nous ne pouvons plus accepter que notre métier d'anesthésiste réanimateur soit transformer en moyens ou en outil pour satisfaire les fins des autres spécialités médico-chirurgicales et des acteurs mobilisant notre niveau de compétence. L'analyse du ratio coût avantages est très négative pour notre profession. Ce coût impose une reconnaissance et un juste retour que nous devons savoir revendiquer.

Par son côté transversal, l'anesthésie réanimation doit s'approprier le pouvoir organisationnel (conseil de bloc). La relation des praticiens d'anesthésie réanimation avec les centres de pouvoir (chef de service, chirurgiens) doit s'affirmer, en tant que **partenaire à part entière**. Il y certes **le risque d'une confrontation nécessaire** pour déboucher sur **un compromis entre plusieurs logiques**. Notre logique est par définition celle de l'efficience et de ce fait **avant-gardiste** par rapport aux archaïsmes ambiants du monde hospitalier. Nous devons construire notre logique et l'exprimer. Cette construction est le **fondement de la maturité** de notre métier. Mais pour asseoir cette logique, nous devons être conscients de nos limites et du besoin face aux exigences de fonctionnement hospitalier, d'un ressourcessement extra professionnel.

- ***La nécessité de faire reconnaître un niveau de compétence.***

Il est urgent de promouvoir et de faire reconnaître l'importance du travail clinique. Les praticiens hospitaliers d'anesthésie-réanimation ont su favoriser des standards de sécurité pour leur discipline. La volonté d'une formation médicale continue de qualité est exprimée par la création du Collège Français d'Anesthésie-Réanimation.

Il est évident que l'anesthésie réanimation, par son efficience et par son côté transversal au sein de l'organisation hospitalière est une menace permanente pour l'expression de pouvoir des autres spécialités médico-chirurgicales. A l'heure où certain parle de la mise en concurrence des producteurs de soins, osons faire reconnaître notre niveau de compétence clinique et de disponibilité pour le service public. Soyons audacieux et proposons un schéma permettant la reconnaissance du travail clinique et la promotion des acteurs d'un service publique.

- ***La nécessité d'une normalisation de notre statut face aux législations du travail.***

Le mythe du médecin héros ou superman est complètement dépassé mais encore tenace dans les mentalités, au risque d'aboutir à un épuisement professionnel par surcharge de travail (burn out), déstructurant tant sur le plan de l'efficience professionnelle que sur le plan de la vie personnelle.

La normalisation de notre statut de praticien hospitalier **salarié** à des standards que sont les directives européennes 93/104 est un objectif prioritaire, au même titre que l'obtention d'un repos de sécurité après 24 heures d'activité continue et ceci avec le maintien de l'indemnité de garde. La garde doit être reconnue comme un travail à part entière. Un suivi réglementaire par la médecine du travail est également à proposer pour les praticiens hospitaliers assurant cette fonction de service public.

Que notre partenaire employeur (la DH) répugne à cette évolution, c'est normal. Mais la qualité et l'excellence ont un coup incontournable. Nous devons être pugnaces, il en va de l'attractivité de la fonction de praticien hospitalier. Nous devons, également, exiger des conditions logistiques de travail avec un financement décent par l'employeur d'une FMC indépendante.

Actuellement l'administration de la FEHAP négocie l'annualisation du temps de travail des médecins, ave une base hebdomadaire de travail de 35 heures, le tout pour une rémunération de début atteignant celui d'un échelon 13. Devant une telle surenchère ou une simple normalisation, que décideront nos jeunes collègues pour leur installation. Ne risque t'on pas de voir les plus timorés (a tout point de vue), choisir le monde hospitalier public. Les plus audacieux ou malins étant partis dans le secteur libéral ou de la FEHAP.

- ***nécessité d'une révolution culturelle***

Cette révolution culturelle dépend surtout de tous les praticiens hospitaliers. Considérons-nous qu'un médecin praticien hospitalier est un citoyen à part entière ?

Saurons nous évacuer les **clichés archaïques d'une activité hospitalière sacerdotale** ? Si nous assumons tous les jours nos responsabilités médicales en toute efficience pour le service public, nous pouvons demander sans complexe que nos droits de citoyens soient pleinement reconnus.

Nous devons accepter sans complexe notre statut de salarié. Nous devons intervenir avec vigueur dans le schéma organisationnel de l'hôpital, afin d'investir au mieux les pôles de pouvoirs. Personne ne défendra nos prérogatives et encore moins ceux qui sont actuellement le pouvoir organisationnel. Il y a là le besoin de créer **une stratégie de survie**.

L'hôpital public devra pour le XXI° siècle anticiper les défis économiques et de gestion comme l'hypothétique coût par pathologie. L'organisation hospitalière devra intégrer des données sociologiques et d'ergonomie pour promouvoir l'efficience des acteurs réels du service public et délaisser l'archaïsme qui consiste à satisfaire des lobbies injustifiés de pouvoir.

Nous avons un devoir de pédagogie auprès de nos collègues praticiens hospitaliers d'anesthésie réanimation, pour les inciter à intégrer les données sociologiques, ergonomiques de notre métier. Notre participation dans le service public nous permet de revendiquer un juste retour de notre investissement. Pour maintenir notre efficience, nous devons accepter la nécessité d'un ressourcement extra professionnel, afin d'éviter les effets délétères du burn out.

* * * * *

CHARGE DE TRAVAIL, CONDITIONS DE TRAVAIL ET MORBIDITE EN ANESTHESIE - REANIMATION : REALITES OU ETATS D'AME ? ”

DR MAX-ANDRE DOPPIA [*]

INTRODUCTION :

Depuis quelques années, sur le terrain, “on” entend dire de plus en plus de “ plaintes ” chez les médecins Anesthésistes-Réanimateurs (MAR). Soit celles-ci sont évoquées confidentiellement, faisant alors progressivement sa place à une rumeur vague dans l’établissement à propos d’untel qui “ fonctionnerait aux Bêta-bloqueurs ou aux Inhibiteurs calciques ”, soit elles sont commentées ouvertement entre collègues dès lors qu’un congé pour maladie la rendant "officielle " et donc " sérieuse " donne lieu à l’organisation de la suppléance dans la mission de soins, grâce aux collègues encore “ bien portants ”.

Il n’est pas rare de surprendre ici ou là les plaisanteries qui consistent à décliner la liste de ceux et celles qui - eux !- ont *déjà* réussi à s’orienter sur un "créneau plus administratif" en s’écartant *définitivement* des conditions de vie quotidienne de l’Anesthésiste-Réanimateur lambda. D’autres MAR, sans être objectivement frappés de " maladie ", ni même simplement la ressentir, avouent sans ambages qu’ils ne tiendront pas le rythme encore des années et conçoivent, toujours discrètement, une reconversion.

Alors : *"Peut-il y avoir fumée sans feu ?"* Ne faut-il pas chercher dans l’émergence progressive de ces plaintes plus ou moins adroitement et ouvertement formulées, une réalité qu’il conviendrait d’apprécier à sa juste mesure ?

Certaines des considérations qui vont suivre ont été jusqu’ici par trop occultées. Que ce soit dans une forme de déni du réel, attitude fréquente et classique dans le corps médical autant que par une forme d’insouciance institutionnelle quant à “ l’état de santé ” ou “ l’état de bien-être au travail” d’une population dont tout laisse à penser qu’elle aurait peut-être des raisons de s’interroger sérieusement.

Certes, l’enquête réalisée fin 1998 sous l’égide de la SFAR, du CFAR et de l’INED, pourra-t-elle permettre une première approche de ces craintes " non dites ". L’analyse des aspirations des MAR qui ont aussi été interrogés sur les aménagements qu’ils envisagent pour la suite de leur carrière sera intéressante. Mais, en aucune manière, cette dernière enquête ne permettra de faire le point sur l’état de santé réel des 8500 MAR français en exercice en 1999. A fortiori, des quelques 7000 qui le seront encore au moment du creux démographique prévu pour les années 2005.

Nous proposons ici une revue de la littérature parue sur le sujet “ morbidité ”. D’emblée, il faut souligner tout en le regrettant, que très peu d’articles ont été publiés par des équipes françaises,

[*] *S.A.R. Hôpital Côte de Nacre CAEN*

comparativement aux pays anglo-saxons. Sans doute faut-il voir là une approche culturelle différente permettant l'analyse systématique de la santé au travail, lorsque les indicateurs ne sont pas encore au " rouge ". S'agit-il là aussi d'une appréhension particulière de la protection individuelle ? Ou bien du fait que les contraintes médico-légales sont apparues outre-altantique plus tôt que chez nous ? Toujours est-il que l'analyse des situations de travail et de leurs répercussions sur l'efficience professionnelle, la qualité des soins mais aussi la vie personnelle s'y est opérée de manière plus systématique et plus rigoureuse. L'aboutissement en a parfois été la mise en œuvre de programmes de prévention institutionnalisés, y-compris pour les étudiants.

MORTALITÉ.

Entrons dans le " vif du sujet " en évoquant cet article paru pour le grand public en France le 17 janvier 1997 dans *Le Figaro* sous le titre ***" Pour vivre vieux, ne soyez pas anesthésiste ! "*** qui faisait état d'un papier paru dans le dernier numéro du BMJ de 1996. De quoi s'agissait-il ? Traditionnellement chaque fin d'année, le BMJ offre à ses lecteurs des études " sérieuses sur des sujets en apparence futiles. Dans ce dernier numéro fut donc publiée une étude menée par **Wright** (1) d'après une statistique réalisée à partir de la rubrique nécrologique du BMJ. Wright y affirmait que l'âge moyen du décès des Anesthésistes en Grande -Bretagne (tout comme pour les médecins originaires du continent indien) était de … 66,4 ans Vs 75 pour les autres praticiens. Cette étude a légitimement soulevé un vaste tollé, tant du point de vue des anesthésistes que du point de vue des statisticiens qui en ont rapidement pointé les biais. Ouf ! Dans le concert des protestations et en parlant de bévue statistique, **Mc Manus** (2), Professeur de Psychologie à Londres et sans doute statisticien plus chevronné, fit remarquer qu'en Grande-Bretagne, l'âge moyen des médecins anesthésistes était plus bas du fait de la jeunesse de la discipline et du ratio qui avait évolué considérablement par rapport à toutes les autres spécialités depuis le début du siècle. La question était donc néanmoins une nouvelle fois posée. Les Anesthésistes sont-ils vraiment " plus mortels " que les autres ?

En 1997, **L. Carpenter** (3) publia une étude réalisée à partir d' une cohorte de 20 000 médecins hospitaliers employés par le NHS qui révéla que les médecins mourraient généralement plus âgés que leurs concitoyens. Ce fait était rapporté à une baisse importante du tabagisme qui avait, on s'en souvient, fait l'objet d'une campagne de sensibilisation et d'exemplarité impressionnante auprès du corps médical anglais, ainsi qu'à une meilleure prise en compte de leur santé et un meilleur accès aux soins par les intéressés. Toutefois, certains éléments avaient attiré l'attention : le taux de suicide était plus important chez les médecins anesthésistes-réanimateurs, particulièrement chez les femmes, les anesthésistes mâles avaient un taux de cirrhose plus élevé, ainsi que de mélanomes. Le nombre de cancers de la prostate était significativement inférieur chez les anesthésistes ! Sans que l'on puisse d'ailleurs expliquer ces phénomènes.

Déjà en 1979 **E.A. Lew** (4) avait fait paraître une étude conduite auprès de tous les membres de l'ASA pendant la période 1954-1976. Il concluait que 57 % des décès des anesthésistes étaient dus à des causes cardio-vasculaires, notait déjà un taux de suicide plus élevé, particulièrement avant l'âge de 55 ans. Il affirmait que les femmes Anesthésistes, avaient un taux de décès équivalent à 75-85 % du

SMR (Standard Mortality Ratio) pour l'ensemble des femmes médecins aux USA, ce qui était plutôt rassurant, tout en ayant peut-être plus de cancers, ce qui l'était franchement moins.

Dix ans plus tard, en 1987, **Neil Ha** (5) publiait une série anglaise dans le BMJ rapportant que le SMR/suicide des Anesthésistes était à 202 par rapport à la population générale, mais tombait à 114 relativement à l'ensemble du corps médical.

RETRAITE ANTICIPÉE :

Une approche de l'état de santé, ou de sa perception par les intéressés, peut aussi se faire par l'analyse des dates et des causes des départs en retraite des anesthésistes.

Ainsi, en 1987, dans une étude prospective célèbre (mais sans doute pas assez connue sur le Continent) **Mc Namee** (6) analyse la morbidité et le départ anticipé à la retraite chez les 2/3 des médecins hospitaliers du NHS inscrits dans cinq spécialités de 1966 à 1983. Il conclut à un taux de départs pour cause de maladie deux fois plus élevé chez les anesthésistes et il rapporte de surcroît qu'en Grande-Bretagne, les départs volontaires entre 60 et 64 ans, sans cause médicale reconnue, sont un tiers plus élevés en anesthésie. Il remarque enfin que les décès masculins et féminins en période d'activité sont plus fréquents que dans d'autres spécialités. Ces conclusions confortent bien celles avancées sept ans plus tôt en 1980 dans Anaesthesia par **WD Smith** (7) qui affirmait que 40 % des anesthésistes actifs sondés dans le Yorkshire envisageaient une retraite avant l'âge de 61 ans et que 70 à 80 % des retraités s'étaient effectivement retirés avant l'âge de 65 ans. Le plus souvent, les arguments invoqués par ces " jeunes " retraités ont été des raisons financières ou familiales, la charge de travail et la perte d'adaptation, le stress, les risques pressentis pour la santé, la revendication d'autres investissements personnels et en définitive l'espoir d'une plus grande longévité en s'arrêtant prématurément.

LES RISQUES TOXIQUES :

Il n'est pas possible de parler de la santé des anesthésistes sans évoquer les risques toxiques. À cet égard, des avancées pharmaceutiques et technologiques continues ces dernières années ont permis de réduire sensiblement les expositions chroniques élevées pour les personnels. Mais on ne peut faire l'impasse sur l'hépatite immuno-allergique à l'halothane dont les risques ont largement été démontrés et hélas, parfois dramatiquement vécus par quelques personnels de salle d'opération. De nombreuses études sont parues sur les risques d'avortements spontanés, d'anomalies congénitales et d'hypotrophie pour les enfants de femmes travaillant régulièrement au bloc opératoire. **(Spence A.A.** (8) **; Phaoah** (9)**).** En 1978, **MP Vessey** (10), dans une revue de la littérature épidémiologique et, en 1985, **T.N. Tannenbaum** (11), concluent à des arguments convaincants de risques modérés d'avortements spontanés chez les femmes exposées, mais rapportent des biais méthodologiques fréquents qui permettent de dire que le stress physique et psychologique chronique semblerait plus volontiers en cause que l'exposition aux vapeurs anesthésiques. En 1992, **J. Karelova** (12) retrouve des taux d'halothane significativement plus élevés que le seuil admissible et toléré sur tous les sites analysés et dans de nombreux pays. Mais le profil immunologique des anesthésistes ne semble pas être modifié de façon

significative. De nouvelles études sur le long terme seraient les bienvenues quant aux nouvelles molécules apparues dans les années 90.

LES RISQUES VIRAUX : VIH-VHC-VHB

Outre certaines études qui montrent une prévalence de l'infection par le VHB chez certains groupes comme les résidents, en particulier aux USA, il est remarquable de constater le non - respect quasi général par les anesthésistes des procédures de prévention des risques viraux. Procédures pourtant parfaitement codifiées et diffusées. Ceci est vrai autant dans les études américaines qu'australiennes. **(ES. Green** (13); **MJ Richard** (14)). Une question doit alors être soulevée : pourquoi ? S'agit-il d'un manque de conscience ? D'une surestimation individuelle et d'un déni inconscient du risque ?

LE LATEX :

Il est inquiétant de constater la découverte d'une prévalence élevée de l'allergie au latex dans les équipes d'anesthésie de l'Hôpital Universitaire John Hopkins de Baltimore, Maryland (USA). En effet, 168 médecins et infirmières anesthésistes ont participé à une étude effectuée par **R.H. Brown** (15), parue dans Anesthesiology en 1998. 12,5 % des sujets se sont révélés allergiques dont 2,4 % étaient effectivement symptomatiques en présence de latex, mais 10,1 % ne l'étaient absolument pas. Dans ces derniers cas, seuls des tests systématiques ont permis d'affirmer la sensibilisation.

LES PLAINTES FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES :

Il n'est pas difficile de faire rapidement le recensement des plaintes le plus souvent exprimées. Il suffit de tendre l'oreille dans les blocs opératoires vers 14 heures, en fin d'après-midi et même de plus en plus fréquemment dès le matin ! Si ces plaintes ne permettent pas d'affirmer stricto sensu une ou des pathologies précises, elles témoignent néanmoins de sensations pénibles qui peuvent parfois précéder d'authentiques maladies. Une étude romaine de **C. Delogu** (16), parue en 1987 dans la revue Arch. Scienze Lav. a bien montré que les habitudes de vie des anesthésistes inclus dans l'étude étaient significativement corrélées avec les troubles rencontrés. Ainsi des gastrites (42 %), arythmies par extrasystolie (32 %), états anxieux (50%), céphalées (32 %), arthralgies diffuses (22 %). Plus intéressant est le fait que dans cette étude une leucopénie inférieure à 4 000 est retrouvée de manière significative ($p < 0,01$). Le sentiment de fatigue habituel ou fréquent est affirmé par au moins 50 % des sujets interrogés de même que 54 % avouent ressentir des troubles psychopathologiques à type d'irritabilité pour 50%, des troubles de mémoire (27 %), des troubles du sommeil (30%). Des états dépressifs sont remarqués par 22,5 % et des troubles menstruels seraient retrouvés chez 45 % des femmes. L'étude menée par **D. Duscio** (17) en 91 auprès de 165 médecins anesthésistes siciliens retrouve sensiblement les mêmes états et note que les troubles hypertensifs, arythmiques, articulaires et les troubles du sommeil augmentent régulièrement avec la charge anxieuse des anesthésistes. Son travail recoupe l'ensemble des études italiennes sur le sujet. Ceci pourrait paraître anodin et subalterne si la fonction même de l'anesthésiste n'était pas justement celle de veiller, de maintenir constamment une vigilance et une capacité de réaction rapide pour la sécurité du patient qui lui est confié.

CARACTERISTIQUES DE PERSONNALITÉ CHEZ LES ANESTHESISTES ?

Il est probablement intéressant de considérer cet aspect en complément des plaintes ressenties ou des pathologies avérées. En effet, la question peut se poser de savoir si le fait de choisir une telle discipline ne sous-tend pas a priori un profil particulier. L'objet même du métier, la nature des problématiques qu'il amène à rencontrer – la douleur et sa maîtrise, la mort et son approche réelle ou symbolique par la mise d'autrui " hors du temps " et la suppléance ou le contrôle de ses fonctions " vitales " - , l'urgence – la relation quasi " conjugale " obligée du couple chirurgien anesthésiste, etc. – tout cela n'est sans doute pas sans un certain sens. Ce dernier n'est pas souvent approché et hormis quelques groupes Balint, qui d'ailleurs n'ont pas eu beaucoup de succès dans notre discipline, bien peu de lieux ont permis une telle réflexion pourtant sans aucun doute nécessaire. En 1980, **P.E. Reeve** (18) du Département de Psychologie appliquée de l'Université de Cardiff a publié une analyse intéressante sur la personnalité d'un échantillon représentatif d'anesthésistes. 231 sujets ont été inclus dans ce travail, soit 6,6 % des anesthésistes de Grande-Bretagne. Il est noté une relation significative entre le profil de personnalité, le comportement et les performances professionnelles. Mais 20% des anesthésistes étudiés ont montré, selon cette étude, *" un profil de personnalité pyschologiquement instable ",* voire à risque. Selon Reeve, les anesthésistes diffèreraient significativement de la population générale par l'affirmation des traits de personnalité suivants : *" plus réservés, intelligents, sérieux, autoritaires, consciencieux, tendres, affirmation de la personnalité au travail, mais socialement moins assurés ".* Alors, ces traits sont-ils préexistants ou bien se forgent-ils obligatoirement à la longue, dans une sensitivité à tous points de vue collective ou bien à point de départ strictement individuel? Nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt de soulever cette question. Certains auteurs, notamment anglo-saxons, ont d'ailleurs préconisé d'inclure dans la sélection des résidents, une recherche des critères d'instabilité psychologique. Nous allons voir dans le chapitre suivant que ceci n'est pas forcément inutile.

L'ADDICTION CHEZ LES ANESTHÉSISTES :

En 1987, **GD Talbott** (19) remarquait que sur 1000 médecins arrêtés pour motif médical et inclus dans un programme de traitement et réhabilitation professionnelle, 92 % étaient " chimiquement dépendants ", 5,9 % présentaient une " atteinte psychiatrique majeure ". Dans ce groupe, les anesthésistes étaient significativement sur-représentés (avec les généralistes). En 1993, une étude australienne a montré que 1,3 % des résidents anesthésiologistes avaient une conduite addictive aux drogues. En 1993, **I. Lutsky** (20) publiait une étude rétrospective sur 30 ans qui a montré que 15,8 % des anesthésistes du Wisconsin Médical Collège étaient reconnus dépendants de substances psycho-actives ainsi réparties : alcool (91,6%), marijuana (30,8 %), cocaïne (9,4%). 6% avaient reconnu un usage quotidien pendant au moins deux semaines ou plus. En 1994, le même auteur a pourtant relativisé le caractère " anesthésiste " de la prévalence par une autre étude qui rapportait que 32,1 % des sujets addictifs avaient une histoire familiale d'intempérance aux drogues Vs 11,7 % dans le groupe témoin. Il relevait aussi que le stress n'était pas un facteur augmentant directement la consommation. La nature des substances est intéressante à souligner : amphétamines (32,6 %), benzodiazépine (25 %).

STRESS, BURNOUT :

Les spécialistes des hôpitaux finlandais ne seraient pas les médecins les plus exposés au Burnout. Telle a été la conclusion d'une étude menée par **M. Olkinuora** (21) en 1992. En effet , il y montre qu'en Finlande du moins, les médecins spécialistes, y-compris les libéraux, ne sont pas plus victimes du syndrome d'épuisement professionnel que les autres catégories de cadres dans la population générale. Les non-spécialistes auraient ce " privilège ". Les médecins exerçant en secteur universitaire le seraient même moins que tous les autres. Il affirme que le Burnout Indice affecte à peu près de la même manière toutes les spécialités. Il note toutefois que le Burnout augmente avec la charge de travail, la charge éthique, ce qui semble aller de soi, mais aussi, et ce qui est ici particulièrement intéressant, avec la quête d'identité professionnelle.

CHARGE DE TRAVAIL , RECUPÉRATION ET STRESS EN PRATIQUE ANESTHÉSIQUE :

Dans son étude parue dans Anesthesiology en 1990, **J.S. Gravenstein** (22) rapporte la fréquence des erreurs dans l'administration des anesthésies attribuables à la fatigue. Le pourcentage de 65 % est constant pour tous les intervenants médecins, hommes ou femmes, ou infirmiers anesthésistes hommes, à l'exception des infirmières qui le notent à 50 %.

Dans cette même étude sont rapportés les résultats d'une enquête réalisée par la Fondation Américaine pour la Sécurité du Patient Anesthésié qui avait cherché à connaître les durées de travail des praticiens de l'anesthésie. (Il est amusant d'imaginer pour quelles raisons, une fondation du même type n'existerait pas en France alors que les assurés sociaux sont représentés dans les CA des E.P.S., du moins dans les CHU, mais là n'est pas le sujet.) La durée hebdomadaire moyenne de travail est déclarée à 56 heures pour les seniors (53,8 pour les femmes et 56,5 pour les hommes), à 70 heures pour les résidents (67 Vs 71)et à 47 heures pour les infirmières anesthésistes (49 Vs 55). La plus longue durée d'anesthésie sans aucun repos est notée à environ 7 heures 45 ! Mais si l'on s'intéresse à l'appréciation subjective des possibilités dans cette matière, on remarque que la durée pendant laquelle un médecin pense pouvoir travailler sans repos sans danger est de 5,2 heures pour les médecins, 4,6 pour les résidents, 4,2 pour les infirmières. La même appréciation avec des périodes de repos est notée à 14 heures en moyenne. On voit qu'ici ou là, il reste à organiser le repos de sécurité.

En 1996, dans un article paru dans Anaesthesia, **H.F. Seeley** (23) fait observer une diminution notable de la satisfaction au travail chez les anesthésistes britanniques, mais aussi ailleurs. Il évoque plusieurs raisons : une évolution de l'organisation des soins de plus en plus orientée vers un modèle productiviste industriel mais aussi les bouleversements des techniques et de l'environnement dans lesquels sont aujourd'hui placés les anesthésistes. Les contraintes de risques instantanés sont accrues par la pression médico-légale qui, certes, s'applique à de plus en plus de spécialités, mais plus particulièrement aux anesthésistes. Reprenant les publications parues dans ce domaine (suicide plus fréquent chez les jeunes résidents et chez les moins de 55 ans , mortalité en activité et départs anticipés à la retraite cf supra) il assure que les données rapportées dans ces études classiques

concernant le taux de stress des anesthésistes sont aujourd'hui inadaptées et que de nouvelles études sont nécessaires.

Le sentiment est que ces problèmes sont assurément en voie d'augmentation. Même si la pression médico-légale et les évolutions technologiques sont partagées par d'autres spécialités, ce qui différencie spécifiquement les anesthésistes serait une incapacité à organiser leur vie professionnelle, une dépendance remarquable de l'environnement représenté par les disciplines clientes auxquelles ils sont plus que d'autres confrontés. Le tout réalisant un facteur de stress quotidien essentiel et permanent. Seeley expose enfin que le suicide, l'abus de drogue et d'alcool, la décision de se retirer prématurément, le décès en période d'activité seraient des modalités de réponse individuelle à une problématique collective. En dehors de ces réponses parfaitement reconnues, des défaillances, même mineures en liaison avec des conditions de stress peuvent mettre le patient en danger potentiel et affecter inévitablement la vie privée et sociale du praticien anesthésiste.

Selon lui, le rapprochement peut être fait avec les conditions de travail des pilotes de ligne pour lesquels des mesures strictes ont été prises en ce qui concerne l'aménagement du travail. Ainsi pour l'organisation de l'environnement du travail qui répond à un critère strict de permanence. Un pilote ne change pratiquement pas de type d'appareil. Ses heures de travail sont strictement limitées. A l'inverse de ce qui se passe pour les anesthésistes, on lui applique la politique du *" get off first, ask questions later ! ".* Deux pilotes sont toujours ensemble sur un vol organisant ainsi un système de réassurance et d'aide professionnelle. La formation continue est obligatoire et assurée sur des simulateurs tous les six mois ! La retraite est accordée à 60 ans. Enfin, on pratique la mesure répétée des indices de satisfaction au travail.

On voit que nous en sommes bien loin en ce qui nous concerne. Il ne faudrait pas toutefois ignorer que les médecins sont aussi impliqués dans une forme de déni de la réalité du stress. Le mythe du médecin " héros " est encore bien vivant. Il ne répond plus aux logiques actuelles.

Alors qu'un niveau de stress modéré peut être bénéfique et stimulant, selon **P.C.A. Kam** (24), un stress élevé amène inéluctablement à une baisse des performances. Le médecin, et plus particulièrement l'anesthésiste, montrerait une tendance à se masquer ce constat d'autant plus qu'interviennent des facteurs personnels tels que la situation financière, des dysharmonies familiales ou personnelles, le tout pouvant parfois amener à des situations de perte de contrôle et à des décompensations multiformes. Les mesures individuelles sont à cet égard toujours inefficaces.

Les principales causes de stress chez les anesthésistes ont été rapportées d'après une enquête réalisée par **P.C.A. Kam** parue en 1997. Le manque de contrôle arrive en tête avec 42 % de réponses. Ensuite, les responsabilités administratives (41%), les conflits sphère professionnelle-sphère privée (35 %), les relations professionnelles (25 %), la surcharge de travail (23 %). Les litiges arrivent en fin de citation (2,8%). Ces causes premières étant majorées par les perturbations du sommeil, l'extension des responsabilités et l'impossibilité d'organisation personnelle. C'est dans ces circonstances que les symptômes se majorent allant des sensations de manque d'énergie aux états de frustration, d'indécision, d'attitudes négatives puis à la dépression et insensiblement vers les conduites addictives et parfois au suicide.

Il est intéressant de remarquer à quel point Kam stigmatise le réel manque de prise en compte du stress au travail chez les anesthésistes. Soit, nous l'avons dit par un déni individuel dont il faudra bien sortir, soit par un déni socio-politique.

Quoi qu'il en soit, au terme du survol que nous avons fait de la morbidité chez les anesthésistes, on peut affirmer que le problème est complexe, mettant en jeu le médecin, ses confrères et les décideurs en santé publique. Les pathologies rencontrées sont le plus souvent en rapport avec le stress et une orientation productiviste industrielle des soins qui a modifié le regard sur l'anesthésiste et sa mission au service des patients. Une véritable révolution culturelle s'est produite sans que les structures ou la manière de les penser aient évolué.

S'il est un enseignement que l'on peut déjà tirer, c'est que même si des analyses plus fines sont encore indispensables, un certain nombre de mesures sont à respecter telles que d'éviter l'isolement professionnel.

Ceci devrait nous amener à réfléchir à la pertinence du concept d'anesthésiste " multi-site " pour lequel les repères seraient sûrement fragilisés en l'absence de critères organisationnels stricts. Ceci s'accorde aussi avec la notion d'empathie du milieu d'exercice permettant de repérer le sujets fragiles dont nous avons vu qu'ils pouvaient représenter jusqu'à 20 % des effectifs.

La notion de dimensionnement humain trouve enfin et là encore, toute son importance, permettant la prise des nécessaires repos compensateurs dont il faut convenir du caractère essentiel. Ils permettront la nécessaire ouverture " hors du milieu professionnel " pour l'anesthésiste-réanimateur et sa distanciation, sa " relaxation " qui ne doit plus apparaître comme un luxe mais comme une manière de vivre avec et pour une discipline forcément exigeante.

CONCLUSION :

Aucune grande entreprise moderne ne fonctionnerait plus comme le fait encore le secteur de production de soins hospitaliers en France. Là où les « ressources humaines » font l'objet des attentions les plus variées, là où les indices de satisfaction au travail sont reconnus comme des indicateurs précieux à prendre en compte pour préserver et optimiser « la production », le système hospitalier public français continue de fonctionner selon des schémas dépassés en négligeant la nécessaire implication et la reconnaissance attendue par les professionnels.

Pour parvenir à ce qui est **la première mission du service public**, la dispensiation de soins de qualité en sécurité, adaptés en toute situation, nous devons nous obliger à des efforts de réflexion approfondie sur les moyens nécessaires et leur entretien. La crise démographique, largement prévisible pose de sérieux problèmes. L'endroit n'est pas ici d'analyser les solutions proposées. Le vieillissement de la population des Anesthésistes-Réanimateurs, la concurrence du secteur libéral, apte à la souplesse et à l'adaptation, nous obligent à une réflexion des plus urgentes sur les conditions permettant de relever les défis à venir dans un contexte économique défavorable.

Le fait que trop peu d'études françaises aient paru sur le sujet justifie que soit mené à son terme le projet d'enquête que le CA du SNPHAR a accepté en février 1999.

Il est devenu en effet plus qu'urgent d'adopter une attitude et un regard responsables sur le métier d'Anesthésiste-Réanimateur, en le considérant à la place qui est la sienne, c'est à dire au centre du dispositif et de la mission de l'hôpital public de demain.

Il ne s'agit pas tant ici de se limiter à simplement décliner une liste de maux qui seraient significativement plus fréquemment rencontrés « chez nous », encore que cela serait d'un intérêt indéniable, mais d'aller bien plus loin encore en recherchant activement et scientifiquement, puisque les modèles d'analyse existent (cf article M.VEZINA et L.St ARNAUD) les situations dans lesquelles des dysfonctionnements organisationnels génèrent du malaise, voire de la maladie authentique et donc une baisse de la productivité des soins en qualité accessibles à tout citoyen. Le but ultime étant la définition de conditions d'exercice protectrices et productives en terme de qualité.

A l'évidence, il faudra avant tout, que les décideurs institutionnels (les politiques, la haute administration) reconnaissent qu'un gâchis humain en terme de morbidité professionnelle, jusqu'alors peu visible car non objectivé, peut non seulement aboutir à des situations à risques en terme de santé publique pour les patients mais aussi à un surcoût en terme d'organisation des soins, en terme de démotivation profonde. Ceci ouvrant la voie à une médecine à deux vitesses, l'une pratiquée par le secteur libéral, valorisé en tous points, mais déchargé des missions de service public, et l'autre par un système public, démuni psychologiquement, malade, vieilli et paralysé par une inertie structurelle et au bout du compte, incapable de faire face à sa mission.

Des financements publics devraient pouvoir être débloqués pour réaliser la première enquête quantitative et qualitative avant les années de crise démographique que devront affronter les jeunes et les moins jeunes d'entre nous. Un Comité de Pilotage comprenant des membres du SNPHAR et de son CA, mais aussi des épidémiologistes (*INSERM*) et des spécialistes en Psychodynamique et en Psychopathologie du Travail *(Conservatoire National des Arts et Métiers*) a été constitué pour faire aboutir cette analyse quantitative et, rappelons-le, qualitative, dans les meilleurs délais. Un appel peut d'ores et déjà être lancé afin que les Anesthésistes-Réanimateurs apportent leur soutien à cette opération dont il faut espérer qu'ils comprendront eux aussi toute l'importance.

BIBLIOGRAPHIE :

(1) **Wright DJM** " Which doctors die first ? Analysis of BMJ obituary columns " BMJ, 1996 ;313 :1581-82 (21 Dec)

(2) **Mc Manus Chris**. BMJ, 1997 ; 315 :314 (2 August) " Letter "

(3) **Carpenter Lucy**, " Mortality of doctors in different specialities : findings from a cohort of 20 000 NHS hospital consultants. Occup Env Med Jun ; 54 (6) :388-95

(4) **Lew EA** " Mortality experience among anasthesiologists, 1954-1976. Anesthesiology (51) 195-99

(5) **Ha Neil** “ mortality among male anaesthetists in UK. 1957-83 ” (BMJ)

(6) **Mc Namee R**. “ Morbidity and early retirement among anaesthetists and other specialists. ” Anaesthesia 1987 Feb ; 42 (2) : 133-40

(7) Smith WD, “ retirement of anesthetists. Attitude in Yorkshire. ” Anaesthesia 1980 Aug ; 35 (8) : 790-803

(8) **Spence A.A**., JAMA ; 1977, 238, n° 9, 955-59

(9) **Pharoa** , Lancet ; 1977 vol 1, n° 8001, 34-36

(10) **Vessey MP** , Anaesthesia (33) 430-38, 1978

(11) **Tannenbaum TN**, J Occup Med (27) 659-78, 1985

(12) **Karelova,** J Int Arch Occup Environ Health (64) 303-306, 1992

(13) **Green ES** ; Anesthesiology 98

(14) **Richard MJ**, Med J. Australia ; 97

(15) **Brown RH** “ prévalence of latex allergy among anesthesiologists : identification of sensitized but asymptomatic individuals ” Anesthesiology (89) 292-99, 1998

(16) **Delogu C**. ; Arch. Scienze Lav. 3 : 11, 1987

(17) **Duscio D**. “ Job related diseases in operating room personnel ” Arch. Scienze Lav. 7 ; 93, 1991

(18) **Reeve Peter E**. Anesthesia, 1980, vol.35, 559-68

(19) **Talbott GD**, “ Georgian’s impaired Physiciens Program. Review of the first 1000 physicians ” Journ. Am. Med. Ass. (257) 2997-30, 1987

(20) **Lutsky I**. “ Use of psychoactive substances among American Anesthesiologists : a 30year retrospective study ” Can. Journ. Of Anaesthesia (40) 915-21, 1993

(21) **Olkinuora M**. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in finnish physicians ” Scand. J. Work Envir. Health 1992 ; 18 suppl 2 : 110-2

(22) **Gravenstein JS**. “ Workload and rest in practice of anaesthesia ” Anesthesiology, 72 : 737-42, 1990

(23) **Seeley HF** “ The practice of anaesthesia- a stressor for the middle aged ? ” Anaesthesia, 1996, vol 51, 571-74

(24) **Kam P.C.A**. “ Occupationnal stress in Anaesthesia ” Anesth. Intens. Care, 1997, 686-90.

(25) **Döllner** : 1998 “ Dagens Medicin ”

****

CHARGE DE TRAVAIL, CONDITIONS DE TRAVAIL ET MORBIDITE EN ANESTHESIE-REANIMATION

PROFESSEUR MICHEL VEZINA [*]

DOCTEUR LOUISE ST-ARNAUD [**]

PLAN D'EXPOSE

1. État des lieux des recherches sur le lien entre organisation du travail et santé;
2. Conditions d'exercice de la spécialité d'anesthésie-réanimation et développement de pathologies;
3. Psychodynamique du travail et compréhension des mécanismes impliqués dans le développement de ces pathologies;
4. Dynamique de la reconnaissance et construction identitaire (relations avec les disciplines clientes);
5. Contraintes de travail (charge de travail, souffrance, développement technologique, etc.) et stratégies défensives;
6. Stratégies défensives de métier et vie hors travail.

STRESS ET PROBLEMES DE SANTE

Le stress a pour origine une interaction entre l'individu et son environnement et survient lorsqu'il y a une perception de déséquilibre entre les exigences auxquelles l'individu est soumis et ses capacités d'y faire face (Lazarus,1991). À partir de cette définition et des recherches sur lesquelles elle s'appuie, différents modèles de stress ont émergés. Ces modèles peuvent être classés en deux grandes catégories, soit ceux qui mettent l'accent plutôt sur les représentations et les stratégies d'adaptation de l'individu et ceux qui priorisent l'identification des contraintes de l'environnement de travail qui s'accompagnent de façon significative d'altérations à la santé chez les personnes exposées à ces contraintes. Les premiers débouchent surtout sur des programmes individuels de gestion du stress, alors que
les seconds visent plutôt l'identification des situations de travail sur lesquelles devraient porter des actions préventives. Parmi cette dernière catégorie, deux modèles ont été largement utilisés au cours des dernières décennies, dans les études épidémiologiques sur le stress au travail. Il s'agit du modèle de la " Demande-Autonomie au Travail " de Karasek et celui du "Déséquilibre : Efforts/Récompenses " de Siegrist.

LE MODELE "DEMANDE-AUTONOMIE AU TRAVAIL " (KARASEK)

Le modèle **"** Demande-Autonomie au Travail **"** repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail qui se caractérise par une combinaison de *demandes psychologiques* élevées et d'une *autonomie décisionnelle* faible (figure 1) augmente le risque de développer un problème de santé physique ou mentale (Karasek, 1979 ; Karasek et Theorell, 1990).

---

[*] *Professeur titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'université Laval à Québec, Directeur de santé publique de la région de Québec*

[**] *Psychologue, Checheur sur les impacts sociaux et psychologiques du travail (centre de santé publique du Québec), Doctorat en Sciences Biomédicales, Université de Montréal*

Les *demandes psychologiques* font référence à la quantité de travail à accomplir, de même qu'aux exigences mentales et aux contraintes de temps liées à ce travail. Ces dimensions sont mesurées par un questionnaire qui évalue si le sujet perçoit qu'une quantité excessive de travail lui est demandée, qu'il doit travailler très "fort", que son travail est très mouvementé, qu'il doit se concentrer intensément pendant de longues périodes, qu'il reçoit des demandes contradictoires, que sa tâche est souvent interrompue avant d'être terminée, qu'il a suffisamment de temps pour faire son travail, que son travail exige d'aller très vite et enfin qu'il est souvent ralenti dans son travail parce qu'il doit attendre que les autres aient terminé le leur. L'*autonomie décisionnelle* réfère à la capacité de prendre des décisions au sujet de son travail mais surtout à la possibilité d'être créatif et d'utiliser et de développer ses habiletés. Ainsi le concept d'autonomie comprend deux composantes qui, comme le souligne Périlleux (1998), sont liées puisqu'elles engagent toutes les deux la question de la maîtrise du processus de travail. L'une se situe au plan de l'autorité (i.e. avoir la liberté de décider comment faire son travail ou avoir de l'influence sur la façon dont les choses se passent au travail) ; l'autre se situe plutôt au plan de l'accomplissement de soi au travail (i.e. faire preuve de créativité, avoir un travail varié, qui exige un niveau élevé de qualifications, qui permet d'apprendre des choses nouvelles et de développer ses habiletés personnelles).

Depuis 1980, le modèle de Karasek a eu une influence considérable sur les recherches portant sur les déterminants psycho-sociaux de la santé qui sont liés au travail. Sauf quelques exceptions[1], la majorité

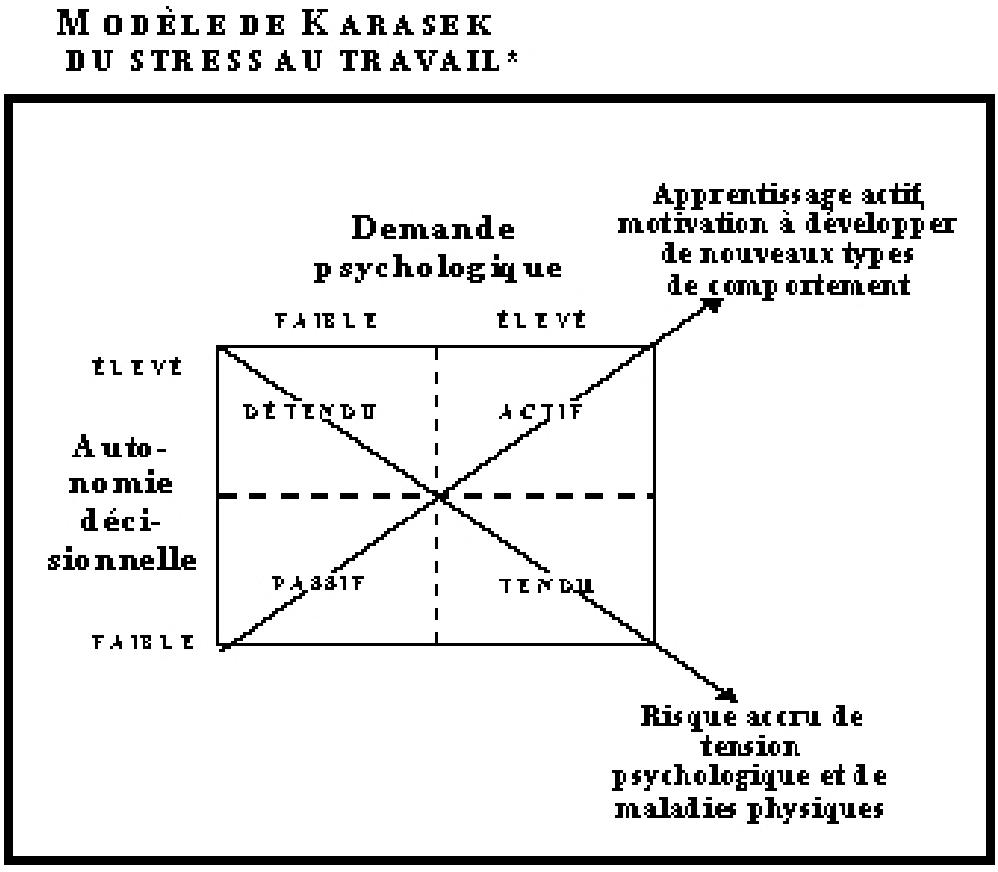
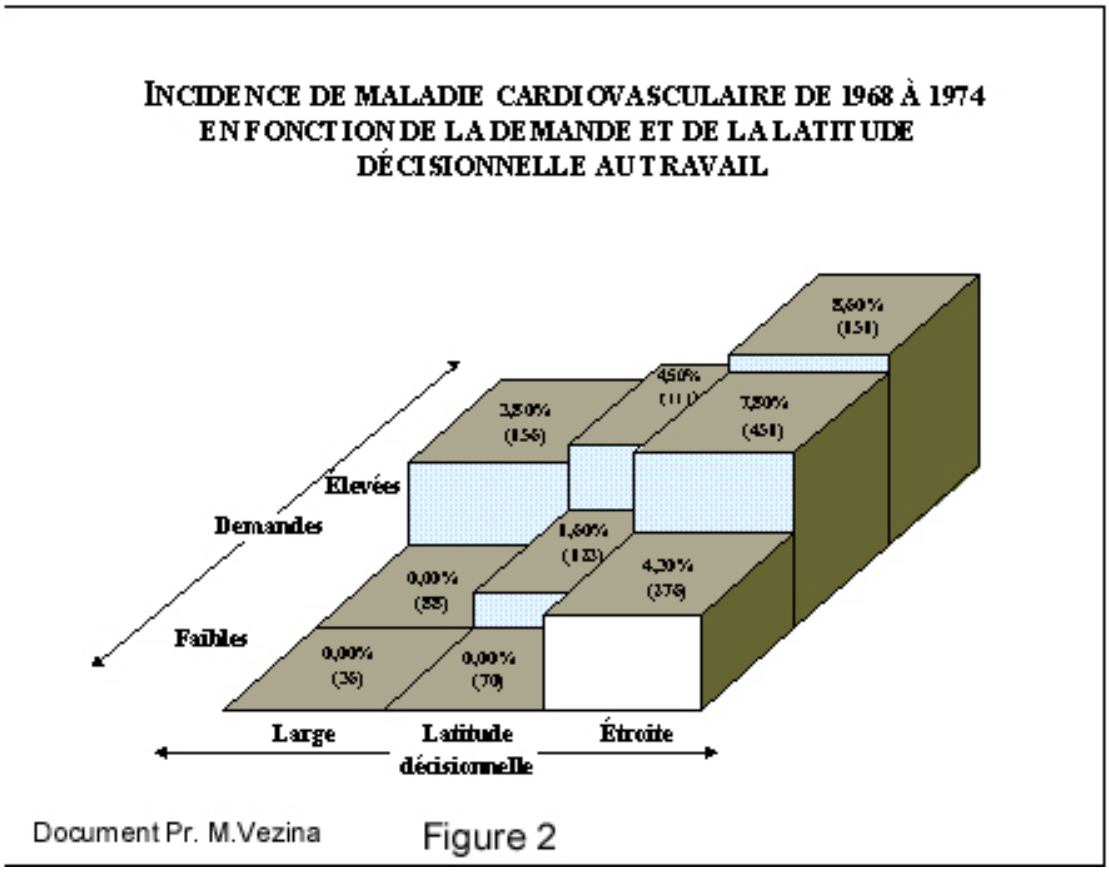


Figure 1

[1] (Alterman et al, 1994 ; Hlatky et al, 1995 ; Reed et al, 1989 ; Streenland et al, 1997).

des études ont montré l'existence d'une association entre les composantes du modèle de Karasek et les maladies cardiovasculaires, surtout en regard de la faible autonomie décisionnelle[2] (figure 2) .



Les mécanismes biologiques qui pourraient expliquer le lien entre les dimensions de la "Tension au Travail" et les maladies cardio-vasculaires sont de deux ordres : l'un direct et l'autre indirect. Le mécanisme d'action directe passerait par une augmentation de l'activité du système sympathico-adrénergique (Härenstam et Theorell, 1988), alors que l'action indirecte serait médiatisée par des facteurs de risques connus, tels que l'hypertension artérielle[3], l'hyperlipidémie[4] ou encore des comportements à risque tel que le tabagisme ou la sédentarité[5] (figure 3). La “Tension au Travail ” telle que définie par le modèle de Karasek a également été associée à des problèmes de santé mentale, notamment la dépression, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la consommation accrue de médicaments à visée psychoactive[6].

---

[2] (Alfredsson et al, 1982 ; AAlfredsson et al, 1985 ; Bobak et al 1998 ; Bosma et al, 1997 ; Haan, 1988 ; Hall et al, 1993 ; Hammar et al, 1994 ; Johnson et Hall, 1988 ; Johnson et al, 1989 ; Johnson et al, 1996 ; Karasek et al, 1981 et 1988 ; Lacroix et Haynes, 1987 ; Theorell et al, 1987 ; Niedhammer et al, 1998-a).

[3] (Schnall et al, 1990 ; Laflamme et al, 1998 ; Cesana et al, 1996 ; Curtis et al, 1997 ; Light et al, 1992 ; Theorell et al, 1991 ; Van Egeren, 1992).

[4] (Theorell et al, 1987 ; Prossie Wamala et al, 1996).

[5] (Johansson et al, 1991 ; Hellersted et Jeffery, 1997 ; Green et Johnson, 1990).

[6] (Karasek 1979 ; Bourbonnais et al, 1996 ; Niedhammer et al, 1998-b ; Braun et Hollander, 1988 ; Landsbergis, 1988 ; Bourbonnais et al, 1995 ; Landsbergis et al, 1992 , Bourbonnais et al, 1998 ; Stansfeld et al, 1995 ; Moisan et al, 1999 ; Sauter et al, 1990).

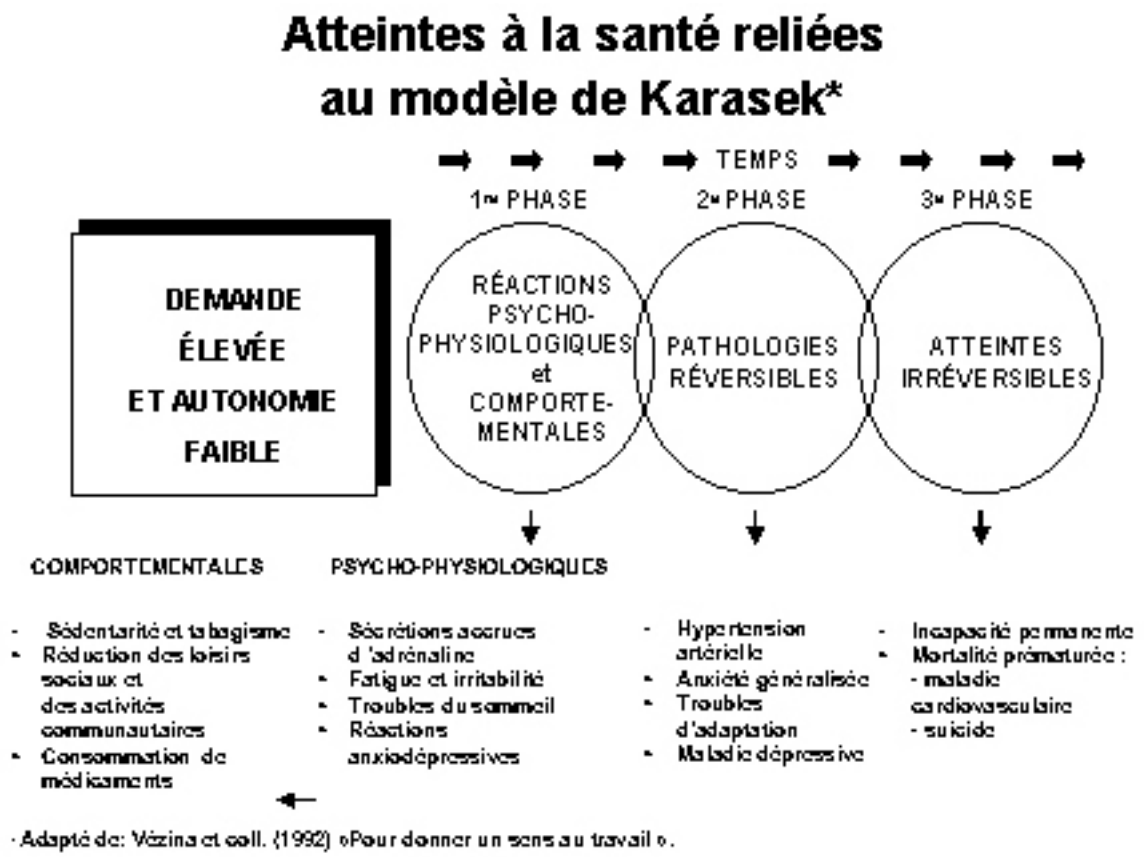
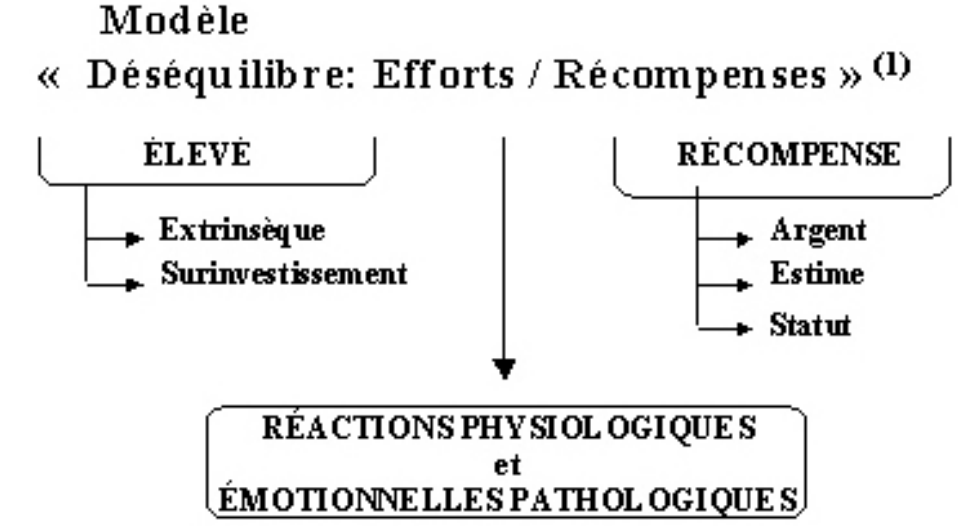


Figure 3

LE MODELE DE "DESEQUILIBRE : EFFORTS/RECOMPENSES " (SIEGRIST) .

Le modèle du "Déséquilibre : Efforts/Récompenses " (figure 4) a été proposé par Siegrist à la fin des années 1980 (Siegrist et al, 1986, 1990 ; Siegrist, 1996).



Réf. (1) : SIEGRIST, J. (1996).

FIGURE 4

Le modèle repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail, qui se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses, s'accompagne de réactions pathologiques sur le plan émotionnel et physiologique. Ces réactions sont principalement liées à une stimulation soutenue du système nerveux autonome, provoquée par la peur, la colère et l'irritation que ces conditions de travail provoquent. Pour Siegrist, ces sentiments négatifs ne sont pas nécessairement conscients, surtout s'ils sont le fait d'une expérience quotidienne qui se répète de façon chronique.

L'effort élevé peut provenir de deux sources : l'une extrinsèque et l'autre intrinsèque. L'effort extrinsèque est lié aux contraintes de temps, aux interruptions fréquentes, aux nombreuses responsabilités, à l'augmentation de la charge, à l'obligation de faire des heures supplémentaires et aux efforts physiques exigés. L'effort intrinsèque, appelé ultérieurement surinvestissement, traduit les attitudes et les motivations liées à un engagement excessif dans le travail. Cet engagement peut être lié au sens du devoir ou à un besoin inné de se dépasser ou encore à l'expérience auto-gratifiante de relever des défis ou de contrôler une situation menaçante. Cette composante liée au profil de personnalité représente un ajout au concept de demande du modèle de Karasek. Le surinvestissement se mesure par le besoin d'approbation, la compétitivité et l'hostilité latente, l'impatience et l'irritabilité disproportionnée et l'incapacité à s'éloigner du travail (Niedhammer et Siegrist, 1998).

Les faibles récompenses peuvent prendre trois formes principales : un salaire insatisfaisant, le manque d'estime et de respect au travail (incluant le faible soutien et le traitement injuste) et enfin l'insécurité d'emploi et les faibles opportunités de carrière (incluant les perspectives de rétrogradation et un travail qui ne correspond pas à la formation).

Alors que la dimension "Autonomie décisionnelle" est centrale dans le modèle de Karasek, c'est le concept de "réciprocité sociale" qui est capital dans le modèle de Siegrist : c'est-à-dire la possibilité d'avoir accès aux avantages légitimes auxquels on est en droit de s'attendre, compte tenu de l'effort fourni au travail. Ce modèle repose sur les théories sociologiques du "self " et de l'identité qui soulignent l'importance de la continuité des rôles sociaux fondamentaux dans la construction de l'estime de soi et du sens de maîtrise et d'efficacité chez l'individu (Mead, 1934 et Schutz, 1962-1964).

A ce jour, le modèle du "Déséquilibre : Efforts/Récompenses " a été validé par quatre études dont trois prospectives[7]. Les résultats montrent principalement un risque accru de cardiopathies ischémiques chez les cols bleus, les cadres intermédiaires et les employés de l'administration publique. Chez les cadres intermédiaires, en plus d'une augmentation de l'absentéisme, on a aussi noté un risque accru d'hypertension artérielle et d'augmentation des lipides athérogènes et du fibrinogène. Chez les employés de l'administration publique, on a de plus observé une augmentation de l'indice pondéral et des problèmes de sommeil, ainsi qu'une probabilité accrue de divorces et de séparations (Ferrie et al, 1998). Cette étude réalisée auprès des fonctionnaires londonniens a permis également de comparer les modèles de Karasek et de Siegrist en termes d'effets prédictifs sur les cardio-pathies ischémiques. On a

ainsi pu montrer que le modèle " Déséquilibre : Efforts/Récompenses " et la dimension autonomie décisionnelle du modèle de Karasek avaient des effets indépendants, ce qui va dans le sens d'une complémentarité des deux modèles dans l'identification des situations de travail pathogènes **(**Bosma et al, 1998).

APPLICATION DE CES MODELES DU STRESS AU TRAVAIL DES ANESTHESISTES REANIMATEURS

Des quelques études publiées sur le stress des anesthésistes-reanimateurs, on peut faire des rapprochements avec les deux modèles précédemment décrits. Dickson (1996) d'abord rapporte que, lors des séminaires tenus par l'association des anesthésistes de Grande-Bretagne et d'Irlande en 1993, les membres répétaient qu'à l'évidence le manque de contrôle dans tous ses aspects était le stresseur le plus important dans leur travail. Les relations professionnelles, principalement avec les chirurgiens, la surcharge de travail et les pressions croissantes de la part des responsables administratifs étaient les trois autres causes majeurs de stress**.** Du côté de l'étude de l'impact qu'ont ces contraintes sur la santé des anesthésistes-réanimateurs, très peu de recherches ont été réalisées.

Quelques études américaines ont montré un risque accru de suicide chez les anesthésistes âgés de moins de 55 ans, comparativement aux autres médecins (Lew,1979). Ces études ne sont malheureusement pas récentes, car elles portaient sur une période allant de 1954 à 1976. On ne peut nier que les systèmes de soins et le contexte social à l'intérieur duquel la médecine est actuellement pratiquée ont considérablement changé au cours des 20 dernières années et que les facteurs potentiels de stress ont également changé (Seeley,1996). En ce qui concerne la morbidité, une étude de McNamee et collaborateurs (1987) réalisée en Angleterre a montré que les retraites pour raison de santé, les retraites prématurées (entre 60 et 64 ans) et la mortalité au travail étaient plus élevées que celles attendues chez les anesthésistes, comparativement à un groupe contrôle composé de 5 autres spécialités médicales. Malheureusement, en raison de la confidentialité des donnés, les causes de maladie et les problèmes de santé à l'origine des retraites n'étaient pas disponibles. Dans la discussion de leurs résultats, les auteurs font amplement référence au caractère stressant du travail de l'anesthésiste. Quant à l'abondante littérature scientifique sur les conduites addictives des anesthésistes, elle nous indique que c'est surtout l'hérédité et non le stress qui constitue le principal facteur de risque en cause (Lutsky et coll.,1993 et 1994).

Par ailleurs, même si certains modèles de stress permettent d'identifier des éléments pathogènes de l'organisation du travail, ils ne permettent pas de comprendre la dynamique qui les a générés et qui les maintienne opérants. Cette compréhension est cependant capitale si on veut mettre en œuvre des stratégies préventives qui soient efficaces. Ainsi, on est amené à reconnaître la nécessité de faire appel à un autre cadre de référence, soit celui de la psychodynamique du travail, dans une perspective de prévention des problèmes de santé liés à l'organisation du travail.

---

[7] (Siegrist et Peter, 1994 ; Siegrist et al, 1991; Peter et Siegrist, 1997; Bosma et al, 1998; Siegrist et al, 1997).

Psychodynamique du travail et compréhension des mécanismes impliqués dans le développement de ces pathologies

La psychodynamique du travail offre un éclairage particulièrement intéressant sur le lien entre travail et santé. Le travail est défini comme une activité en soi porteuse de contraintes face auxquelles les individus ont à déployer, sur une base individuelle et collective, différents compromis, aménagements et réajustements pour réaliser le travail et atteindre les objectifs de production. Plusieurs travaux rendent comptent qu'à travers des situations de travail pour le moins exigeantes, contraignantes, voir périlleuses, les individus en viennent à coup d'efforts, d'intelligence pratique et de collaboration à pallier aux manques du travail prescrit et à faire en sorte que les objectifs de production soient atteints.

Dans le travail des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs, les contraintes du travail se laissent notamment entrevoir par une extension infinie des servitudes d'urgence, par la pénibilité de la charge horaire, par un travail qui oblige à une confrontation avec la souffrance et la mort, par le désir de tenir d'un côté sa conscience professionnelle face aux services à rendre aux patients et de l'autre, de prendre en compte le cadre réglementaire et les risques médico-légaux en cas d'absence " irrégulière ". Sans avoir procédé à une analyse de l'activité réelle du travail de l'anesthésiste-réanimateur, nous pouvons toutefois souligner au passage la façon dont les anesthésistes-réanimateurs en arrivent sur la base " *d'arrangements individuels au coup par coup avec l'accord des collègues "* à réguler la continuité des services et ce, en dépit d'un flou réglementaire qui pourrait, en cas d'accident, conduire à des poursuites judiciaires et faire porter sur la tête d'un seul individu la " *défaillance du système "*.

Ainsi, entre ce qui est dit qui doit être fait et ce qui est fait réellement, entre ce qui est prévu et ce qui se passe dans le réel, il existe toujours une part du travail qui oblige à des réajustements et à des efforts pour pallier aux manques de l'organisation du travail : " *travailler, c'est toujours tenir, d'un côté, le projet, la prescription, les connaissances accumulés, et de l'autre, la résistance d'un monde qui ne se laisse jamais totalement maîtriser "(Davezies, 1993, p.36)*. Or, l'investissement et les efforts consentis par les hommes et les femmes pour pallier aux manques de l'organisation du travail, ne peuvent être envisagés sans l'espoir de recevoir une rétribution, soit la reconnaissance et la gratitude par autrui de sa contribution à l'organisation et à l'évolution du travail. Le sens du travail pour soi est indissociable du sens du travail pour autrui. Aussi, en psychodynamique du travail, la notion de reconnaissance est un concept pivot du rapport entre le travail et la santé (Dejours, 1993).

DYNAMIQUE DE LA RECONNAISSANCE ET CONSTRUCTION IDENTITAIRE

La reconnaissance espérée ne porte ni sur l'avoir ni sur l'être mais, sur le faire ; elle porte essentiellement sur le travail accompli. La reconnaissance d'abord au sens de *constat* sur les impasses du travail prescrit et de ce que le sujet a dû déployer comme efforts pour faire face au réel du travail. Reconnaissance également au sens de *gratitude,* c'est-à-dire, ce qui témoigne qu'en l'absence de cette contribution, l'organisation du travail ne serait devenue ce qu'elle est maintenant. Ainsi, cette reconnaissance passe par la construction rigoureuse de *jugements* portés sur le travail accompli. Deux types de jugements ont ainsi été identifiés, soit le jugement d'utilité et de beauté :

1) **Le jugement d'utilité** porte sur la contribution du sujet au plan économique, social ou technique. Dans cette perspective, il est plus spécifiquement apposé par la direction ou le supérieur hiérarchique ou encore par la clientèle et même par les subordonnés. Il rend compte de la qualité du travail effectué et de son importance pour le fonctionnement de l'organisation.

2) **Le jugement de beauté** porte d'abord sur la conformité des règles de l'art, c'est-à-dire sur la façon dont la personne a tenu compte des accords normatifs et des règles déontologiques qui prévalent dans le collectif de travail. Par ce jugement, la personne est reconnue comme ayant toutes les qualités nécessaires pour faire partie du collectif de travail ou de la communauté d'appartenance. C'est ce qui détermine en quoi la personne est comme les autres, ce qu'elle a de commun aux autres. C'est sur cette base que se définit l'appartenance au collectif de métier et à la communauté des égaux.

   Le jugement de beauté porte également sur l'originalité du travail, sur la contribution singulière par rapport aux autres, sur ce qui est spécifique à la façon de faire du sujet soit, ce qu'il fait différemment des autres, mais toujours dans le respect des règles. Ce jugement confère à l'identité une dimension de singularité, ce en quoi le sujet est unique ou n'est à nul autre pareil. On comprendra qu'il n'y a que les pairs, les collègues, voire le maître qui soient en mesure de porter ce type de jugement, c'est-à-dire ceux et celles qui partagent le réel du travail et qui connaissent les règles de l'art aussi bien, sinon mieux, que le sujet. Dans cette perspective, la dynamique de la reconnaissance est grandement déterminée par la nature des rapports sociaux de travail et le collectif de travail est un chaînon essentiel dans le processus de reconnaissance.

Ce n'est que secondairement au jugement d'autrui que la gratification symbolique de la dynamique de la reconnaissance peut être convertie en gain au bénéfice de la santé et de la construction identitaire. À défaut de cette reconnaissance, l'investissement dans le travail perd son sens et conduit peu à peu à l'effritement de la santé et à la décompensation psychiatrique ou somatique. Lorsque la reconnaissance fait défaut, les individus peuvent alors s'engager dans des stratégies défensives qui peuvent avoir des conséquences néfastes tant pour l'organisation du travail que pour la santé (Dejours, 1993).

CONTRAINTES DE TRAVAIL ET STRATEGIES DEFENSIVES DE METIER

Les travaux réalisés en psychodynamique du travail ont mis à jour l'existence de stratégies défensives individuelles et collectives qui servent à lutter contre les risques d'une dérive du côté de la pathologie. Dès lors, l'objet de recherche de la psychodynamique n'est plus la pathologie, mais plutôt la normalité maintenue par les conduites des travailleuses et travailleurs pour conjurer la souffrance et ouvrir sur le plaisir au travail. La normalité est une notion définie " *comme un état réel (et non un idéal) où les maladies sont stabilisées et les souffrances sont compensées* " (Dejours, 1995a p.3). Elle n'est pas exempte de souffrance, mais plutôt le résultat d'un compromis entre la souffrance et la lutte individuelle et collective contre la souffrance. Ainsi, entre le travail et la maladie, s'interposent des défenses qui peuvent venir gommer la reconnaissance des effets pathogènes du travail.

En l'absence de données d'enquêtes spécifiques, le lien entre contraintes, souffrance et défenses dans le travail des anesthésistes-réanimateurs ne peut être connu. Par ailleurs, à partir d'un exemple issu des résultats d'une enquête de psychodynamique du travail réalisée au Québec auprès de travailleurs permanents d'une centrale syndicale, on peut avoir une idée de la façon dont se construisent ces liens.
Alors que la question de surcharge de travail était au centre des préoccupations des conseillères et conseillers syndicaux, l'enquête a révélé que cette surcharge de travail avait été en partie érigée comme une défense pour contrer la difficulté à faire reconnaître son travail dans un contexte où l'organisation du travail est floue, sans définition précise des tâches et avec des orientations qui changent selon les priorités politiques. Ne pas être reconnus est à ce point douloureux et risqué pour l'image de soi que, pour diminuer la perception de cette souffrance, ces travailleuses et travailleurs en viennent à prouver qu'ils sont de bons militants et de bons conseillers en en faisant toujours plus et en assumant une charge de travail excessive qu'ils en viennent eux-mêmes à valoriser. Se rendre indispensable, être partout à la fois, répondre à des demandes même si on est déjà débordé, se donner sans compter, " *ne pas mourir mais mourir presque au travail "* sont devenus les signes d'un bon conseiller et d'une bonne conseillère. Bien que l'autonomie dans le travail soit un gage d'un meilleur équilibre entre le travail et la santé, l'autonomie professionnelle dont ils disposent est devenue pour eux une autonomie piégée dont certains disent : " o*n a la longueur de corde nécessaire pour se pendre ".* On parle de l'euphorie de gérer l'impossible et de la tension grisante de l'excès et ce, au point où ceux et celles qui n'adhèrent pas à cette idéologie risquent de se voir mépriser et rejeter par leurs pairs. Ainsi, pour éviter d'être laissés pour compte, ces hommes et ces femmes en sont venus à édifier l'excès de travail comme une valeur en soi. Les nouveaux venus dans le métier sont rapidement amenés à adopter ces stratégies défensives à travers des rites de passages où ils sont immergés dans une charge de travail excessive face à laquelle ils ne peuvent s'en sortir que par un surinvestissement en terme de temps et d'efforts.

Pour contrer donc l'absence du jugement d'utilité et la souffrance qui l'accompagne, ils ont fait de l'excès un comportement valorisé, devenant en quelque sorte, et en partie, les artisans de leur surcharge ouvrant, du même coup, la porte à l'exploitation de cette souffrance par la centrale syndicale.

Bibliographie

- Alfredsson, L., Karasek, R., Theorell.T., 1982; " Myocardial infarction risk and psychosocial work environment: an analysis of the male Swedish working force ", Soc. Sci. Med. ;16:463-467.
- Alfredsson, L., Spetz, C.-L., Theorell, T., 1985; " Type of occupation and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses. " Int. J. Epi.demiol.;14(3):378-388.
- Alterman, T., Shekelle, R.B., Vernon, S.W., 1994; " Decision latitude, psychologic demand, job strain, and coronary heart disease in the Western Electric Study ". Am. J. Epidemiol.;139(6):620-627.
- Bobak, M ;, Hertzman, C., Skodova, Z., Marmot, M., 1998 ; " Association between psychosocial factors at work and nonfatal myocardial infarction in a population based case B control study in Czech men. ", Epidemiol ; 9 : 43 B 47.
- Bosma, H., Marmot, M.G., Hemmingway, H., Nicholson, A.C., Brunner, E., Stansfeld, S.A., 1997; " Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study "Br. Med. J.;314(7080):558-565.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. et Marmot, M., 1998 ; " Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease ", Am. J. Public Health ; 88 : 68 B 74.
- Braun, S. et Hollander, R.B., 1988 ; " Work and depression among women in the Federal Republic of Germany ". Women Health ; 14 : 3 B 26.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Moisan, J., Vézina, M. , 1995; "Organisation du travail et santé mentale chez les cols blancs ". In : Plaisir et souffrance: dualité de la santé mentale au travail. Cahiers scientifiques de l'ACFAS:141-158. vol 81).
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M. et Moisan, J., 1996 ; " Job strain and psychological distress in white collar workers ", Scand. J. Work Environ. Health ; 22 : 139 B 145.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G, Vézina, M., 1998 ; " Job strain psychological distress and burnout in nurses ", Americ. J. of Ind. Med ; 34 :20 B28.
- Cesana, G, Ferrario, M., Sega, R. et al., 1996 ; " Job strain and ambulatory blood pressure levels in a population based employed sample of men from northern Italy ", Scand. J. Work. Environ. Health ; 22 : 294 B 305.

- Curtis, A. B., James, S. A., Raghunathan, T.E., Alcser, K. H, 1997 ; " Job strain and blood pressure in african Americans : The Pitt county study ", Am. J. Public Health ; 87 : 1297 B 1302.
- Davezies, P. 1993. " Éléments de psychodynamique du travail ", Éducation permanente, 116, 33-46.
- Dejours, C. 1993. " Travail et usure mentale: de la psychopathologie à la Dejours, C. 1995. Le Facteur Humain. Que sais-je ? (Vol. 2996). Paris: PUF.
- Dickson, D.E., 1996, " Stress " (editorial), Anesthesia; 51 :523-524.
- Ferrie, J. E., Shipley, M. J. Marmot, M. G., Stansfeld, S. A., et Smith, G. D., 1998 ; " An uncertain future : The health effects of threats to employment Security in white-collar Men and Women ", Am. J. Public Health ; 88 : 1030 B 1036.
- Green, K. L. et Johnson, J. V., 1990 ; " The effects of psychosocial work organization on patterns of cigarette smoking among male chemical plant employees ", Am. J. Public Health ; 80 : 1368 B 1371.

- Haan, M.N. ,1988, “ Job strain and ischaemic heart disease: an epidemiologic study of metal workers. ” Ann. Clinic. Res.;20:143-145.
- -Hall, E.M., Johnson, J.V., Tsou, T.-S., 1993; “ Women, occupation, and risk of cardiovascular morbidity and mortality ”. Occupational Medicine; 8(4):709-719.
- Hammar ,N., Alfredsson, L., Theorell, T. ,1994; “ Job characteristics and the incidence of myocardial infarction ”. Int. J. Epidemiol.; 23(2):277-284.
- -Härenstam,A.B.,Theorell,T.,1988; “ Work conditions and urinary excretion of catecholamines BA study of prison staff in Sweden ”.Scand.J. Work Envir., Health ; 14 : 257 B 264.
- Hellerstedt, W. L., Jeffery, R. W., 1997 ; “ The association of job strain and health behaviours in men and women ” ; Int. J. Epidemiol. ; 26 : 575 B 583.
- Hlatky, M.A., Lam, L.C., Lee, K.L., et al. ,1995; “ Job strain and the prevalence and outcome of coronary artery disease ”. Circulation;92(3):327-333.
- Johansson, G, Johnson, J. V. et Hall, E. M., 1991 ; “ Smoking and sedentary behavior as related to work organization ” ; Soc. Science Med ; 32 : 837 B864.

- Johnson, J.V., Hall, E.M., 1988, “ Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population ”. Am. J. Public Health;78(10):1336-1342.
- Johnson, J.V., Hall, E.M., Theorell, T. ,1989; “ Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population ”. Scand. J. Work Environ. Health;15:271-279.
- Johnson, J., Stewart, W., Hall, E., Fredlund, P., Theorell, T., 1996; “ Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men ”. J. Public Health;86(3):324-331.
- Karasek ,R.A., Jr., 1979; “ Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. ”, Adm. Sci. Quaterly;24:285-308.
- Karasek, R.A., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., Theorell, T., 1981; “ Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a Prospective study of Swedish men ”. Am. J. Public Health;71(7):694-705.
- Karasek, R.A., Theorell, T., Schwartz, J.E., Schnall, P.L., Pieper, C.F., Michela, J.L., 1988; “ Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US health examination survey (HES) and the health and nutrition examination survey (HANES) ”. Am. J. Public Health;78(8):910-918.
- Karasek, R.A., Theorell ,T., 1990. “ Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life ”, New-York: Basic Books.
- aCroix, A.Z., Haynes, S.G., 1987; “ Gender differences in the health effects of workplace roles ”. In: Barnett RC, Biener L, Baruch GK, eds. Gender and stress. London: The Free Press,:96-121.
- Laflamme, N., Brisson, C.,Moisan, J., Milot, A., Mâsse, B et Vezina, M., 1998 ; “ Job strain and ambulatory blood pressure among female white-collar workers ”. Scand. J. Work Environ. Health ; 24 (5) : 334 B 343.

- Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., Deltz, D., Friedman, R. T. P.,1992; " The patterning of psychological attributes and distress by "job strain " and social support in a sample of working men ". J. Behav. Med.;15(4):379-405.
- Landsbergis, P. A., 1988 ; " Occupational stress among health care workers : a test of job demands-control model " ; J. Organ. Behav. ; 9 : 217 239.

- Lazarus,R.S.,1991," Psychological stress in the work place ", Journal of Social Behaviour and Personality ; 6 :1-13.
- Lew, E.A., 1979, " Mortality Experience among Anesthesiologists, 1954-1976 ", Anesthesiology ; 51 ; 195-199.
- Light, K. C., Turner, J. R., Hinderliter, A. L., 1992 ; " Job strain and ambulatory work blood pressure in healthy young men and women ". Hypertension ; 20 : 214 B 218.
- -Lustsky, I., Hopwood, M., Abram, S. E., Jacobson, G.R., Haddox, J.D.,Kampine,J.P., 1993, " Psychoactive substance use among American anesthesiologists : a 30-year retrospective study ", Canadian Journal of Anesthesia ; 40:915-921.
- --Lustsky, I., Hopwood, M., Abram, S. E., Cerletty, J.M., Hoffman, R.G., J.D.,Kampine,J.P., 1994, "Use of psychoactive substances in three medical specialties : anaesthesia, medecine and surgery", Canadian Journal of Anesthesia ; 41 :561-567.
- McNamee, Keen, R.I., Corkill, C.M., 1987, " Morbidity and early retirement among anaesthetists and other specialists ", Anaesthesia ; 42 : 133-140.
- Mead, G.H. (1934). " Mind, self and society ". University of Chicago Press. Cité dans Siegrist, 1996.
- Melamed, S., Kristal-Boneh, E., Harari, G., Froom, P. et Ribak, J., 1998 ; " Variation in the ambulatory blood pressure response to daily work load-the moderating role of job control ", Scan.. J. Work Environ. Health ; 24 (2) : 190 B 196.
- Moisan, J., Brisson, C., Bourbonnais, R. Gaudet, M., Vézina, M., Vinet, A., Grégoire, J. P., 1999 ; " Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers ", Am. J. Pub. Health, (sous-presse).
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., David, S., Bugel, I. et Landre, M. F., 1998-a ; " Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France ", J. Epidemiol Community Health ; 52 : 93 B 100.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I., David, S., 1998-b ; " Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort " ; Scand. J. Work Environ Health, 24 (3) : 197 B 205.
- Niedhammer, I., et Siegrist, J., 1998 ; " Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardio-vasculaires : l'apport du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses " ; Rev. Epidém. et Santé Publ. ; 46 : 398 B 410.

- Périlleux, T. 1998 : " L'autonomie est-elle encore un idéal d'émancipation dans le travail ? ", Travailler, 1 : 17 B 39.
- Peter, R. et Siegrist, J.,1997; " Chronic work stress, sickness absence and hypertension in middle managers : general or specific sociological explations? ", Soc. Sci. Med.; 45:1111B 1120.

- Prossie Wamala, S., Wolk, A., Schenck B Gustofsson, K., Orth B Gomer, K., 1997 ; " Lipid profile and socioeconomic status in healthy middle aged women in Sweden ", J. Epidemiol. Comm. Health ; 51 : 400 B 407.
- Reed, D.M., LaCroix, A.Z., Karasek, R.A., DeWolfe, M., MacLean, C.A., 1989; " Occupational strain and the incidence of coronary heart disease ". Am. J. Epidemiol.;129(3):495-502.
- Sauter, S.L., Murphy, L.R., Hurrell, J.J. Jr., 1990; " Prevention of work-related psychological disorders " - A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). American Psychologist;45(10):1146-1158.
- Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., Baker, D., 1994; " Job strain and cardiovascular disease ". Ann. Rev. Public Health;15:381-411.
- Schnall, P. L., Pieper, C., Schwartz, J. E. et al., 1990 : " The relationship between job strain, workplace diastolic blood pressure and left ventricular mass index ". JAMA ; 263 : 1929 B 1935.
- Schutz, A. (1962-1964). " Collected papers " (vols. 1-3). The Haque, The Netherlands: Nijhoff. Cité dans : Siegrist, 1996.
- -Seeley, H.F., 1996, " The practice of anesthesia – a stressor for the middle-aged ? ",Anesthesia ; 51 :571-574.
- Siegrist, J., Siegrist, K. et Weber, I., 1986 ; " Sociological concepts in the etiology of chronic disease : the case of ischemic heart disease ", Soc. Sci. Med., 22:247 B 253.
- Siegrist,. J., Peter, R., Junde, A., Cremer, P. et Siedel, D., 1990 ; "Low status control, high effort at work and ischemic heart diseape : prospective evidence from blue-collar men ", Soc. Sci. Med. ; 31 : 1127 B 1134.
- Siegrist, J., Peter, R., Georg, W., Cremer, P. et Seidel, D., 1991 ; " Psychosocial and biobehavioral characteristics of hypertensive men with elevated atherogenic lipids ", Atherosclerssis ; 86 : 211 B 218.

- Siegrist, J. et Peter, R., 1994 ; " Job stressors and coping characteristics in work-related disease : issues of validity ", Work Stress ; 8 : 130 B 140.
- Siegrist, J., 1996 ; "Adverse health effects of High Effort low-Reward Conditions ", Journal of occupational health psychology ; 1 : 27 B 41.
- Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P. et Seidel, D. 1997 ; "Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrirogen in middle-aged men ", J. Internal Med ; 242 : 149 B 156.
- Stansfeld, S. A., North, F. M., White, I., et Marmot, M. G., 1995 ; " Work characteristics and psychiatric disorders in civil servants in London ", J. Epidemiol. Community Health ; 49 : 48 B 53.
- Steenland, K., Johnson, J., Nowlin, S. ,1997; " A follow-up study of job strain and heart disease among males in the NHANES1 population ". Am. J. Indust. Med.;31:256-260.
- Theorell, T., Hamsten, A., de Faire, U., Orth-Gomer, K., Perski, A. ,1987; " Psychosocial work conditions before myocardial infarction in young men ". Int. J. Cardiol.;15:33-46.
- Theorell, T., de Faire, U., Hohnson, J., Hall, E., Perski, A., Stewart, W., 1991 ; " Job strain and ambulatory blood pressure profiles ". Scand. J. Work Environ. Health ; 17 : 380 B 385.
- Van Egeren, L. F., 1992 ; " The relationship between job strain and blood pressure at work, at home and during sleep ". Psychosomatic Med. ; 54 : 337 B 343.

FONCTIONS DU PHAR : LA QUESTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE.

DR NATHALIE CLAVIER [*]

RESUME :

1. Pourquoi considérer les fonctions d'enseignement et de recherche pour des PH (AR) ?
Si l'enseignement et la participation à la recherche médicale font partie des missions des PH, ces fonction sont tout de même le plus souvent dévolues aux universitaires. Or la distribution des postes universitaires est fort inégale entre spécialités, singulièrement au dépends de l'anesthésie. Ceci pourrait contribuer à une mauvaise attractivité de cette spécialité, mais est probablement compensé par l'appat du gain et des postes fiables. Mais pour certains, cette inégalité est responsable d'une amertume qui les pousse à rêver…

2. Un conte de fée, ou des PHAR jouaient aux universitaires sans en avoir l'air
Ainsi dans ce DAR merveilleux caché au fin fonds de l'Afrique, existeraient des anesthésistes heureux, chacun à sa place dans son rôle, qui de chercheur, qui de clinicien hors pair, qui de respectable manager respecté, qui d'enseignant enthousiasmant. Ces anesthésistes espéraient ainsi se positionner de façon plus avantageuse par rapport à leur collègues chirurgiens.
Mais tout ceci n'était qu'un rêve…

3. Pourquoi le rêve ne pouvait exister, ou les pièges des PHAR universitaires
En effet, un tel DAR n'aurait jamais pu survivre, pour au moins 3 raisons :

1. ***Les objectifs***
   La spécialité doit s'impliquer et impliquer ses jeunes représentants dans la recherche médicale et l'enseignement pour favoriser la disparition plus rapide du système des mandarins au profit d'une distribution de la charge universitaire suivant un mode contractuel, et non pas dans un but de positionnement face à une spécialité partenaire.

2. ***Les moyens***
   Une telle activité ne doit pas reposer sur une base de bonne volonté, mais être sous-tendue par des contrats (engageant ou déchargeant le service public hospitalier), différenciant clairement les charges de service de soins, de recherche, d'enseignement et de management.

3. ***Les conditions***
   Pour qu'un tel système fonctionne, il est aussi nécessaire de déterminer un système de valorisation de ces différentes charges, séparant définitivement les fonctions universitaires d'un atout de pouvoir, et assurant pour chaque fonction une attribution d'après les compétences et non les titres.

Un tel système de contractualisation ne met-il pas en danger un système de fonctionnariat qui serait garant de la stabilité du service public hospitalier ?

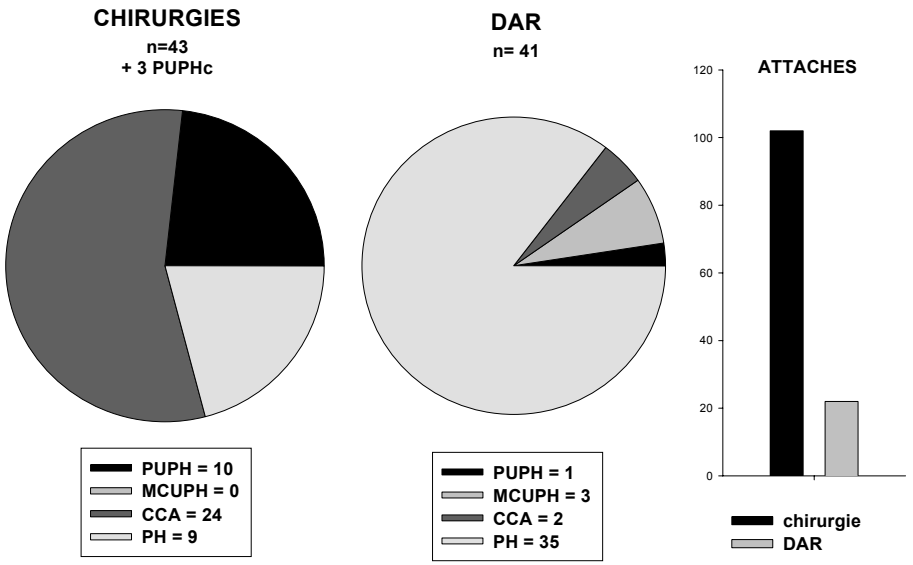
---

1. POURQUOI CONSIDERER LES FONCTIONS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE POUR DES PH (AR) ?

Le serment d'Hippocrate nous conduit à participer à la formation des plus jeunes, et à contribuer à l'amélioration des connaissances médicales. De plus, le statut de PH implique une participation à l'enseignement de divers corps professionnels des établissements hospitaliers (décret 84-131 du 24

[*] *Service Anesthésie Réanimation - Hôpital Lariboisière - Paris*

février 1984), tandis que la participation à la recherche médicale fait partie des missions du service public hospitalier. Ces missions font bien entendu partie intégrante du projet d'établissement d'un CHU. Cependant, les fonctions d'enseignement et de recherche sont plus volontiers intégrées dans les statuts universitaires (PU, MCU, CCA), plutôt que dans le statut de PH. Donc si c'est ça qu'on veut faire, "il n'y a qu'à faire" universitaire …
oui mais, peut être pas **anesthésiste** ???



La répartition des PH et des "universitaires" dans un CHU
(Lariboisière 1997, source : guide des Hôpitaux AP-HP…)

Il semble donc exister une "certaine" inégalité dans la répartition de la "part universitaire" entre services de chirurgie et service d'anesthésie-réanimation.

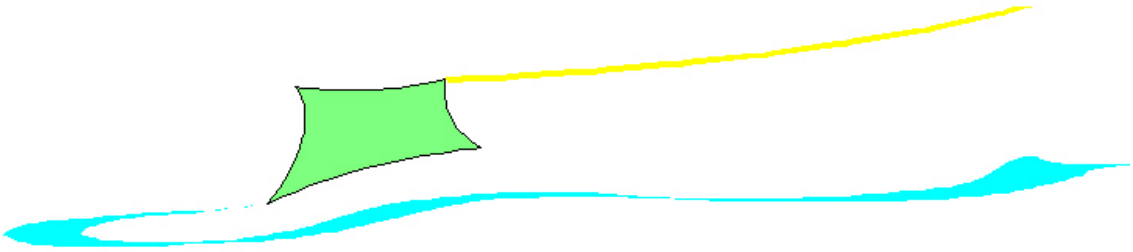
De plus, si l'attribution des postes universitaires dépend de la production des services, on doit s'attendre à une aggravation de cette inégalité de répartition (la production scientifique dépendant forcément (au moins un peu) de la disponibilité de "chercheurs", de même que le nombre d'heures d'enseignement dépend de la disponibilité d'enseignants …).

Cette inégalité de la "part universitaire" pourrait contribuer à une mauvaise attractivité de la spécialité :

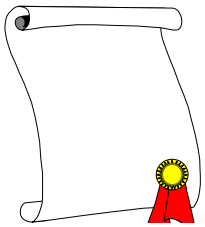
- par réduction de la représentation de l'anesthésie auprès des plus jeunes (réduction des enseignants)
- par l'altération du prestige de la spécialité au yeux des internes
- en dégradant la position de l'anesthésie française au plan international

Cependant, ceci est probablement compensé par la grande disponibilité de postes fiables (postes de PH) et la bonne rémunération observée dans le privé (les 2d après les radiologues…).
Mais aussi (surtout ?), cette inégalité m'est simplement apparue comme **insultante pour la spécialité**

alors, je me suis laissée aller à rêver …

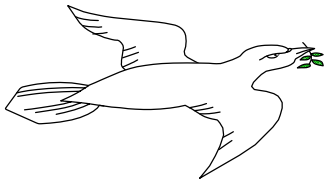


2. UN CONTE DE FEE, OU DES PHAR JOUAIENT AUX UNIVERSITAIRES SANS EN AVOIR L'AIR



Il était une fois un département merveilleux, caché, bien caché, au milieu de la jungle de l'APHP (qui est, comme chacun le sait, un grand et lointain pays d'Afrique). Dans ce DAR, tous les anesthésistes étaient gentils et aimaient très fort leur métier, chacun orienté vers l'une, voire plusieurs, de ses multiples facettes : anesthésie, réanimation, SAMU, douleur, enseignement, recherche, organisation, plannings, gestion… et bien d'autres encore. Et bien que les gros méchants chirurgiens étaient plus vilains que partout ailleurs, les anesthésistes s'en moquaient parce que eux, ils étaient de très bons copains, et que de toutes façons ils étaient bien plus intelligents que ces imbéciles de chirurgiens…

A preuve, même des misérables PHAR avaient plus de papiers que des grands chirurgiens futurs voire déjà Professeurs. En plus, dans ce DAR merveilleux, il y avait plusieurs thèses de science, ce qui rendait les gros méchants chirurgiens très jaloux (eux qui avaient du mal à en avoir une par service!). Et ça, ça faisait bien rigoler les anesthésistes.



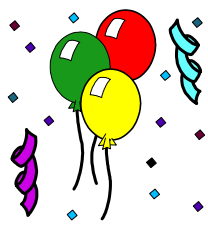
Et quand les anesthésistes n'étaient pas d'accord avec les chirurgiens, ils pouvaient discuter, parce qu'ils étaient intimes avec Sa Majesté La Littérature. Et puis en plus, comme ils allaient à des congrès internationaux, les anesthésistes avaient plein d'idées sur plein de choses et ils pouvaient expliquer aux chirurgiens comment les choses se passaient ailleurs dans d'autres pays, même très lointains. En fait, il faut bien avouer que tout ça ne devait pas vraiment les aider à s'entendre mieux avec les chirurgiens (qui soit s'en fichaient complètement, soit étaient au contraire encore plus agacés…), mais en tout cas, ça leur faisait du bien (aux anesthésistes).

Dans ce DAR merveilleux, tous les anesthésistes ne faisaient pas de la recherche. Il y en avaient qui s'occupaient d'organiser les choses, les plannings, les relations avec les infirmières, etc.… Ceux-la étaient très importants, car c'est eux qui permettaient au service de fonctionner. Bien qu'ils devaient parfois jouer les troubles-fêtes, en imposant certaines organisations, on les écoutait toujours car on savait bien ce qu'on leur devait! Et puis y en a qui faisaient plein de cours parce qu'ils aimaient bien ça (et en général, leurs cours étaient très appréciés de ceux qui les écoutaient). Ils enseignaient les internes, les externes, les infirmières, les élèves-infirmières… Certains d'entre eux parlaient tellement bien qu'on leur

demandait même de faire des conférences. Il y avait aussi les anesthésistes qui étaient très forts en “clinique”, qu’on allait voir chaque fois que l’on voulait discuter d’un dossier difficile. Ils étaient vraiment très compétents dans leur domaine, ce qui justifiait qu’ils soient considérés comme référents et chaque fois qu’il y avait un congrès sur leur sujet, ils étaient bien sûr prioritaires pour y aller. C’étaient aussi ceux à qui on confiait les patients vraiment importants (les collègues et leurs familles, les personnalités officielles…), c’est dire s’il étaient respectés !

Et puis il y avait souvent des réunions, où les gens se retrouvaient pour discuter de choses et d’autres. On appelait ça des “staff”. Et alors là, chacun a son tour racontait des histoires aux autres, qui étaient drôlement contents, et tous les anesthésistes échangeaient alors leurs idées sur le monde.

La preuve que ce département n’était pas comme les autres, c‘est que ces anesthésistes se retrouvaient très souvent le soir ou le week-end pour faire des fêtes, des soirées, ou partir en vacances ensemble, comme ça, rien que pour le plaisir, malgré des journées bien chargées, trop chargées (...). Et quand l’un d’entre eux réussissait quelque chose de difficile (un concours, une conférence stressante, une thèse de sciences, voire seulement une manip difficile), tous les autres se réjouissaient et c’était une occasion supplémentaire de faire la fête.



Enfin, il y avait même des anesthésistes que tout cela n’intéressait pas, et c’était très bien aussi. Ceux-là, ils n’étaient pas obligés, et si ils préféraient aller au coiffeur, ils pouvaient aussi … pendant leur jour off…

jour off ?

jour off ???

vous y croyez, vous ?

ou alors, peut être qu' en vrai, tout ca n’a jamais existé, ça n’était qu’un rêve

3. POURQUOI LE REVE NE POUVAIT EXISTER, OU LES PIEGES DES PHAR UNIVERSITAIRES

Et si en fait, c'était presque vrai ?

Alors, ça n'aurait pas duré. Pour cela, au moins trois raisons:

1. Les objectifs

L'implication des PHAR dans la recherche et l'enseignement ne peut pas être une revanche ni un moyen d'affirmer la spécialité, mais simplement une pratique normale, qui fait partie de nos missions, en tant que docteur et en tant que praticien des établissements hospitaliers du service public. Dans l’ensemble, les chirurgiens se moquent totalement des connaissances et de la productivité scientifique des anesthésistes qui travaillent avec eux. L’idéal pour eux (individuellement) est plutôt d’avoir des techniciens dociles qui leur permettent de travailler (sans risquer en plus de leur retirer des postes …). Donc ce n’est sûrement pas du fait de meilleures connaissances ou du fait d’un respect international des anesthésistes que les relations entre chirurgiens et anesthésistes peuvent s’améliorer, mais plutôt par des jeux de pouvoirs mutuels sous couvert d’une courtoisie de surface.

Les inégalités de répartition des postes universitaires sont en relation avec la pauvreté de la part d'enseignement (officiellement) confiée à l'anesthésie : dans combien de CHU les anesthésistes sont-ils responsables de l'enseignement de

la douleur
les urgences
la réanimation
la prévention de la maladie thrombo-embolique
...
sans compter **l'anesthésie**, dont l'enseignement n'est, au mieux, que de type "documentaire"...
… malgré le fait qu'un huitième de la population est anesthésié chaque année !!!
Ne serait-il pas raisonnable que tout médecin ait des connaissances concernant l'anesthésie, ses risques, ses conséquences ???

Cette répartition va probablement s'inverser, mais avec le système de type "mandarinat" actuel (nomination des universitaires par cooptation), cela risque de prendre plusieurs générations, d'où le malaise. En effet, on peut concevoir que certains universitaires (titulaires, sans responsabilité ni compte à rendre concernant la "production" universitaire) préfèrent garder des jeunes anesthésistes pas trop dynamiques, pas trop "brillants" et pas trop nombreux, afin d'éviter la remise en question et les situations instables. Ceci est encore aggravé par le pouvoir actuellement souvent associé au titre universitaire : pourquoi celui qui a le pouvoir, sans contrôle, chercherait-il à s'affubler de jeunes - forcément plus dynamiques - plus brillants et plus entreprenants que lui? De plus, non seulement les universitaires sont actuellement choisis par cooptation au sein d'une spécialité, mais ce choix doit être entériné par les universitaires des autres spécialités. Comment peut-on imaginer que les spécialités privilégiées en terme de nombre de postes universitaires décident elles-même de perdre ce privilège ??? Par contre, cette dépendance entre spécialités pour le choix des universitaires est un outil de pression majeur qui imprègne nombre de démarches au sein des CHU (non seulement les stratégies politiques au sein de la collectivité, mais aussi les décisions cliniques). Ce n'est donc pas par le biais de ce système universitaire que l'on peut espérer une correction rapide de l'inégalité de répartition.

Un premier objectif est donc certainement de s'impliquer et d'impliquer la spécialité dans l'enseignement des jeunes et la production scientifique. Non pas pour défendre la spécialité contre les autres, mais pour favoriser la progression d'un système archaïque (mandarinat) vers un système plus adapté (contractualisation). La participation des PH à la production scientifique et à l'enseignement favorise la dissociation entre titre (universitaire), fonction (enseignant, chercheur) et pouvoir.

Ceci est sans doute de la responsabilité des DAR (en particulier en répondant aux demandes qui leurs sont faites), mais surtout des instances professionnelles (syndicats, sociétés savantes, collège...).

Enfin, c'est effectivement par la qualité de sa production scientifique que la spécialité se développe. Mais ceci se situe à un niveau international, et il nous est donc parfois difficile de faire le lien entre la position locale et nationale et/ou internationale. En fait, si l'on en juge par la qualité de notre congrès national, on

n’a pas à rougir de notre spécialité dans le domaine de la recherche au niveau national. Par contre, la comparaison de notre enseignement de l'anesthésie à de nombreux autres pays n'est pas très flatteuse...

2. Les moyens

Une limitation importante à la production d’enseignement et de recherche est en fait la disponibilité de temps : la pratique de la recherche ou de l'enseignement n'est que rarement intégrable dans les temps d'activité clinique. La question de l’augmentation de la part universitaire revient donc à la suivante : faut-il libérer plus de temps pour la recherche et l’enseignement dans les SAR, ou modifier la distribution de ce temps (ou les deux)?

- **Libérer plus de temps = financer des postes (ou des portions de postes) pour ces activités**

En l’absence de prise en compte de l’activité de recherche et d’enseignement dans l’activité des services hospitaliers, l’attribution des postes dépend uniquement de l’évaluation de quantité de soins fournie. La distribution de postes universitaires est censée répondre à la question du financement de l’activité d’enseignement et de recherche (tous les hospitalo-universitaires sont payés pour moitié par l’université). Ainsi, la comparaison de la "rentabilité" de deux services ne prendra comme dénominateur que la moitié des médecins “universitaires”. Si l’activité de recherche et d’enseignement est effectuée par des médecins non “universitaires”, le temps pendant lequel ils pratiquent cette activité (et non une activité de soins) conduira à une réduction de la rentabilité du service, et donc à une réduction des postes (ce qui va encore aggraver les inégalités...).

Sauf bien entendu si **recherche et enseignement ne sont effectués que pendant les temps “de loisir”**……. ce qui est trop souvent le cas !!! **Cette solution est probablement la pire**. En effet, rajouter un temps “recherche-enseignement” de l’ordre de 10-20h/semaine à une semaine de 50-60h (dont des heures nocturnes) conduira le plus souvent à une surcharge de travail par rapport aux capacités de l’individu, dont le risque bien connu est le syndrome de “burned out”. Si cette démarche (recherche-enseignement sur les temps "loisir") est la principale source de temps pour ces activités, alors la spécificité d'anesthésiste "scientifique" sera perçue comme associée aux troubles de personnalité observés dans les surcharges de travail sévères, ce qui ne peut qu’aggraver la position de la spécialité dans le domaine universitaire. De plus, rapidement, l'injustice de la répartition de charge de travail entre anesthésiste et autres spécialités va aggraver les frustrations des anesthésistes cherchant à faire ce type d'activité et ainsi les isoler un peu plus.

Il est donc nécessaire de contractualiser l’activité de recherche et/ou d’enseignement au sein des services. Ainsi une participation du service à des missions d’enseignement pourrait alors justifier de l’attribution de moyens humains en rapport, ce qui semble correspondre au projet de contractualisation de l’enseignement médical. De la même façon, on voit apparaître des propositions de contractualisation de projets de recherche permettant un “remboursement” des charges salariales pour le service qui fournit un PH pour un projet de recherche (partenariat

DRRC-CNRS par exemple). Ceci impose bien entendu en retour un système d'évaluation de ces activités de façon à permettre un contrôle dans l'attribution de cette mission aux différents services. Ce concept implique enfin que la part d'enseignement et de recherche soit vraiment prise en compte et explicitée dans le projet de service et dans les rapports d'activité. Cette contractualisation pour le service semble particulièrement importante pour la participation des CHG à la recherche et l'enseignement.

- **Modifier la distribution des temps de recherche et d'enseignement**

A l'inverse dans certains cas (notamment dans les CHU), le problème actuel semble surtout résulter du mode d'attribution du temps "universitaire" au sein des services d'anesthésie-réanimation, ce temps étant plus ou moins largement disponible. Ceci est suggéré par la disproportion qui existe entre CHU et CHG en terme de nombre de médecins par rapport à l'activité clinique développée. Outre l'attribution aux heureux bénéficiaires d'un "titre universitaire", il me semble (sans aucune évaluation chiffrée) que cette répartition se fait souvent sur la base d'une attribution d'office aux "anciens chefs" selon leur rang de préférence par le chef de service, ou mieux (mais plus rare), selon leur productivité. Une telle répartition, excluant le plus souvent les PH "non-anciens-chefs" (et il sont forcément nombreux vu la pauvreté de la spécialité en CCA!), aggrave ainsi le fossé entre les PHAR et les PH d'autres spécialités (qui sont pour l'immense majorité ancien chefs), et entre les anesthésistes "cliniciens" et les anesthésistes "universitaires". Ainsi un anesthésiste qui n'aura pas eu la chance d'être initié à la recherche au cours de son internat n'aura aucune chance de développer ce type d'aptitude, car on ne lui offrira jamais de temps pour ce faire. En revanche, compte-tenu de la titularisation des universitaires (PU, MCU), ces personnes peuvent dilapider le temps "recherche/enseignement" du service, même sans aucune production.

Dans d'autres pays, cette distribution est faite en fonction de la production (scientifique ou d'enseignement), validée par un système de subventions, bourses (recherche) et d'évaluation (par exemple par les enseignés).

En contrepartie, celui qui veut faire de la recherche n'aura qu'une partie de son temps de travail payé par l'institution hospitalière et le reste sera payé par les subventions pour la recherche (USA ou Suisse).

3 Les conditions, ou les systèmes de valorisation

Officiellement, le système actuel valorise la connaissance théorique (recherche avec production de "papiers"), par opposition à la valorisation traditionnelle basée sur l'expérience clinique et/ou l'ancienneté, tandis que le pouvoir est distribué en fait d'après un système parallèle de clientélisme (pratiquement totalement indépendant). Enfin le "management" et la gestion sont souvent omis de ce système de valorisation, parfois même simplement confié à une corporation non médicale (infirmières ou administration), sans autre réflexion!!!. On est donc face à une association imperméable et absurde de systèmes indépendants, alors qu'ils devraient interagir. Ce système risque fort de sélectionner pour

l'hôpital public, les individus qui ne recherchent que les intérêts du fonctionnariat (horaires fixes, salaire fixe, retraite assurée, sécurité de l'emploi, réduction des responsabilités).

Traditionnellement, le service est guidé par un chef de service, professionnel ayant acquis une expertise grâce à une grande expérience clinique, grandi d'une "culture" livresque. Ce Patron est donc considéré par l'ensemble du personnel de l'équipe comme Le Référent, qui peut éventuellement déléguer son rôle à celui qui aura sû gagner sa confiance (et qui sera nommé agrégé...). Compte-tenu de la petite taille des services traditionnels, ce chef de service se retrouve naturellement aussi être le "manager" de l'équipe (médicale autant que para-médicale). Enfin la gestion du budget d'équipement et de fonctionnement du service lui est confiée, tandis que l'administration se charge de lui simplifier cette tâche et de s'occuper de la gestion du personnel (beaucoup plus complexe). La direction de la recherche médicale lui revient, mais il s'aide pour cela de ses plus jeunes collaborateurs, plus enclins vers la révolution scientifique observée dans la recherche médicale. Ainsi dans ce service traditionnel, un Patron cumule les fonctions de référent, d'enseignant, de manager et de gestionnaire, avec, en contrepartie du cumul de toutes ces fonctions, le pouvoir (de choisir qui lui succédera par exemple). Les autres médecins de ce service (peu nombreux, souvent plus jeunes que ce Patron) acceptent cette distribution, c'est-à-dire que les fonctions exercées par ce Patron sont considérées comme **légitimes**.
Les services d'anesthésie sont en moyenne beaucoup plus grands que ces services traditionnels, ce qui rend plus difficile (voire impossible pour les grands services) le cumul des différentes fonctions, qui seront donc fatalement moins bien exercées. Comment imaginer que le patron d'un service de 50 PH, plus au moins autant d'infirmières anesthésistes, plus une vingtaine de paramédicaux divers, plus éventuellement le personnel de la réanimation, voire du SMUR, soit 100 à 200 personnes, puisse être, outre le "PDG" de cette grosse PME, le référent, le leader, l'enseignant, le directeur de la recherche.... ??? D'où une remise en question de la légitimité du Patron, et des "futurs patrons", c'est-à-dire les universitaires. En effet, historiquement, le système de formation à deux échelles (les internes et les CES) n'ouvrant pas droit aux mêmes fonctions, a conduit à un système de castes. D'un côté les universitaires bénéficiaient d'une bonne formation théorique et scientifique, aux dépends d'une faible formation clinique, et de l'autre les "non universitaires", souvent beaucoup mieux formés sur le plan clinique (beaucoup d'heures de bloc, de multiples gardes pour gagner leur vie etc.), n'avaient le plus souvent aucun accès à la recherche. Puisque l'enseignement et la recherche sont, dans notre système, attribués à la "Caste des universitaires", on arrive parfois à une situation absurde où des universitaires, qui n'ont pas endormi un patient depuis longtemps (ou qui "sont au bloc" une fois par semaine, sous couvert de quelques esclaves qui font et contrôlent tout à leur place) se retrouvent à enseigner en FMC des anesthésistes qui eux, ont non seulement des connaissances mais aussi une compétence et une expérience bien avancée dans le domaine…. Ceci a largement contribué à aggraver le défaut de légitimité des universitaires, qui ne sont pas, le plus souvent, considérés comme des référents**.** Les PH d'anesthésie, comme ceux des autres spécialités, sont à la recherche de collègues référents, dans un domaine ou un autre, avec "l'universitaire idéal" considéré comme le référent magique. Enfin, les dérives des nominations universitaires ont manifestement conduit à un système de clientélisme, qui aggrave encore la perte de légitimité des universitaires. Ainsi **dans notre système, le titre universitaire est associé au pouvoir, mais pas à la compétence, surtout clinique**.

Une séparation des fonctions (enseignement, recherche, expertise clinique, manager, gestionnaire), associée à un système de valorisation de ces différentes fonctions est donc indispensable, qui favorise le respect, la reconnaissance du travail bien fait (donc la qualité), et la communication entre les professionnels. L'humilité est une qualité souvent réclamée, mais en fait c'est plus la valorisation de l'autre (plutôt que l'humilité de l'un) qui semble nécessaire. De la même façon, il ne faut pas s'appuyer sur les "bonnes volontés" qui acceptent les tâches ingrates dans l'espoir d'une reconnaissance informelle, mais formaliser la valorisation des différentes implications.
Ainsi aux USA, on voit se développer le principe d'un salaire plus important pour celui qui a des fonctions de manager (l'équivalent de nos "chefs de secteurs"). L'attribution d'un titre (honorifique), tel que celui de professeur est un autre mode de valorisation. Aux USA (où le titre honorifique est aussi agrémenté d'une élévation du salaire...), le titre est attribué à toute personne qui "le mérite", alors qu'en France, du fait du contexte de **concours** (nombre de place limitées), ce titre est le plus souvent attribué sur la base de relations plutôt que sur le "dossier".
Un autre mode de valorisation est la libération de temps (création des valences) pour permettre au professionnel de développer ses projets (pour la recherche, l'enseignement, la gestion, les vigilances...), mais ceci revient encore une fois à "financer" ce temps occupé sur une autre fonction que les soins.
Enfin aucun de ces modes de valorisation n'est destiné à l'expertise clinique... Cependant on peut imaginer que si le pouvoir est réellement séparé de ces différentes fonctions, alors, l'expertise clinique redeviendra automatiquement valorisée, comme dans les systèmes traditionnels, car le médecin est avant tout, clinicien.

Ainsi, l'implication des PHAR dans la recherche et l'enseignement semble non seulement nécessaire pour le développement de la spécialité, mais simplement normal, en relation avec notre fonction de médecins des hôpitaux du service public. Cependant un autre système de financement du temps consacré à ces activités doit être développé, qui permette dans le même temps une valorisation des différentes fonctions. Cette valorisation doit permettre la séparation entre fonction et pouvoir, ce qui devrait amener un retour à la valorisation naturelle de l'expertise clinique. On doit noter que l'ensemble de ces propositions repose essentiellement sur le concept d'une contractualisation (de chacune des différentes fonctions), qui pourrait mettre en défaut notre système de titularisation. Sommes-nous vraiment prêts à cela ?

****

PROPOSITIONS
POUR L'ANESTHESIE - REANIMATION EN PARTICULIER
ET L'HOPITAL PUBLIC EN GENERAL

DOCTEUR RICHARD TORRIELLI [*]

L'Anesthésie -Réanimation vit à plein et quotidiennement les mutations tant technologiques que socioéconomique de la Médecine. Souvent à l'origine de ces mutations, les médecins Anesthésistes - Réanimateurs des Hôpitaux. ressentent avec acuité l'inadéquation actuelle des structures existantes héritées d'une époque de "pionniers" et les besoins réels réclamés par les soins aux malades.

Afin d'assurer la permanence de la qualité et de la sécurité des soins, grâce à des praticiens compétents et motivés, nous présentons les options qui nous semblent indispensables.

A cette fin, seront abordés les objectifs médicaux et les projets thérapeutiques actuels lesquels notre discipline est à l'évidence concernée, ainsi que les structures les mieux adaptées à la mise en œuvre de ces objectifs et projets, en tenant compte, d'une part, des contraintes législatives, géographiques, historiques, financières, et d'autre part du désir légitime des médecins Anesthésistes Réanimateurs de participer à la gestion de leur Hôpital, avec les droits et les devoirs qui en découlent, devoir d'évaluation médicale en particulier.

1 LA SITUATION ACTUELLE

1.1. Les structures ne sont plus adaptées à l'anesthésie Réanimation

Les Services d'Anesthésie -Réanimation (SAR) sont actuellement dénommés abusivement "Département"; ce concept n'a aucun contenu juridique ou réglementaire. Ils se révèlent de plus en plus difficiles à gérer au fur et à mesure du développement formidable de la spécialité. Les chefs des SAR actuels, seuls interlocuteurs de l'administration, sont submergés par le nombre et la complexité des problèmes qui se posent à eux. Au moment des décisions, la seule alternative pour le chef de SAR semble souvent être autoritarisme ou laxisme, car la mise en place d'une concertation se heurte au nombre et à l'éparpillement des médecins et du personnel du service, ainsi qu'à l'absence de toute disposition réglementaire. Afin d'éviter cet écueil, il s'est créé une délégation à des médecins parfois appelés "responsable d'unité"; mais ceux-ci n'ont aucune existence administrative et leur capacité d'organisation et de gestion est très dépendante de situations locales et personnelles. Par ailleurs, compte tenu de l'absence de toute logistique (locaux, personnels) c'est au prix d'efforts considérables, qui entament d'autant l'énergie mis au service des soins au malade, que s'effectuent ces tâches de gestion. Facteur très aggravant de dysfonctionnement, les surfaces de soins proprement dites (salles de soins intensifs, de réveil, activité anesthésique des blocs et autres surfaces, etc) ne sont pas attribuées aux SAR; outre la création de situations inévitablement conflictuelles sur le terrain avec les autres spécialités, ce vide rend difficile l'évaluation de l'activité de la spécialité.

[*] *CHU - SAR Hôpital Pellegrin - Bordeaux*

1.2. Le malaise des Médecins Anesthésistes -Réanimateurs est patent

Dans la situation précédemment décrite, le médecin A.R. éprouve rarement le sentiment de participer activement à l'élaboration d'objectifs médicaux à terme ni à la maîtrise des dépenses hospitalières, ni même à un déroulement harmonieux de sa tâche quotidienne. Rappelons le poids de cette tâche: responsabilité directe sur la vie des patients, erreur immédiatement sanctionnée par l'accident, prise en charge de l'angoisse énorme des malades vis-à-vis de l'anesthésie.

Or la démographie des médecins AR montre qu'un grand nombre d'entre eux accèdent à leur période de maturité et de rendement professionnel optima; dans le même temps, aucun processus de responsabilisation ne semble s'ouvrir devant eux. Sans prise sur son destin professionnel, le médecin AR est partagé entre la démotivation désabusé et la tentation d'exercer ses activités dans un autre cadre, privé par exemple.

1.3. Le cadre législatif est et restera simplement incitatif

La loi Hospitalière introduit certes les notions de pôle d'activité médicale ou d'unité fonctionnelle ainsi que celle de département et même de fédérations de services ... Mais ces structures nouvelles, qui s'empilent à l'envie, ont des attributions ou nulles ou mal définies, dans un hôpital futur où persiste le concept ancien de service.

2 REPERES POUR UN IDEAL THEORIQUE

Pour éviter l'éloignement entre les médecins "de base" et les lieux de décisions par des constructions pyramidales, **deux types de structures seulement devraient coexister:**

2.1. La structure de base

Constitutive du système hospitalier, elle régit la vie quotidienne de l'hospitalisation. Elle est constituée d'un petit nombre de médecins titulaires qui œuvrent dans un but commun pour le malade. Elle possède les moyens matériels nécessaires à son autonomie de fonctionnement, en locaux, personnels paramédicaux et auxiliaires (secrétaires). La vie "démocratique" et la concertation y sont simplifiées du fait de sa taille humaine. Les prises de responsabilité découlent de la compétence reconnue au sein de l'équipe qui désigne (?) propose (?) élit (?) son responsable auprès de l'administration et qui fixe ses objectifs médicaux. Elle a une existence administrative et représente l'interlocuteur habituel, routinier, de l'administration. Elle doit rendre des comptes et elle est soumise à évaluation, éventuellement après contrat d'objectif passé avec l'administration qui devient un partenaire à part entière. Peu importe le nom de cette structure: unité, service, pôle, secteur, pourvu que celui-ci soit le même dans tous les hôpitaux et pour toutes les spécialités. Conséquence pratique immédiate pour notre spécialité: dotée de droits et devoirs équivalents à ceux de nos confrères non anesthésistes, possédant non seulement les moyens techniques pour soigner mais aussi la capacité de fonctionnement autonome pour assurer sa communication, sa promotion, son développement, son dialogue direct avec l'administration, l'anesthésie- réanimation pèsera d'un poids équivalent à celui de ses partenaires

médico-chirurgicaux, effaçant ainsi la plus grande partie des situations conflictuelles actuelles, préjudiciables aux soins par gaspillage d'énergie humaine.

2.2. La structure de coordination

Elle régit le destin de l'hôpital. Là encore peu importe son nom, département, service, pool, pourvu qu'il soit différent de celui de la structure de base et pourvu qu'il soit le même dans tous les hôpitaux et pour toutes les spécialités. Elle prend en charge les intérêts communs d'un certain nombre de structure de base dans le but d'une optimisation de fonctionnement de celle-ci. C'est une interlocutrice exceptionnelle de l'administration. Elle est consultée pour l'établissement d'options à long terme, les décisions très onéreuses, les révisions prévisionnelles d'effectifs médicaux, l'articulation avec l'activité universitaire d'enseignement et de recherche. **C'est le terrain d'élection, mais non exclusif, du personnel universitaire.**

Le lien d'une structure de base à plusieurs structures de coordination n'est pas exclue. Par ailleurs, le partage de l'activité d'un médecin entre plusieurs structures est imaginable.

3 COMPOSITION DU SOUHAITE AVEC LE REEL: DES PROPOSITIONS

3.1. Mise en évidence d'objectifs médicaux

Les objectifs médicaux dans lesquels l'anesthésie - réanimation est directement parti prenante peuvent être spectaculaires ou ambitieux, (Greffe hépatique, cardio-pulmonaire, Clinique de la douleur) mais il peut aussi s'agir de renforcement ou d'optimisation d'action en cours (Traitement des grands brûlés, Analgésie obstétricale, Développement chirurgie endoscopique, Maladie thrombo -embolique, Réanimation post-opératoire cardio-vasculaire). Ils peuvent participer d'un projet thérapeutique, mais aussi d'un souci d'organisation (Accueil des urgences, Consultation pré-anesthésique) ou d'économie de la santé (Anesthésie ambulatoire).Les objectifs et projets cités ici le sont à titre d'exemple et leur liste n'est pas limitative.

3.2. Choix d'une structure comme unité de base

La nécessité de s'inscrire dans le réel et l'urgence du changement imposent l'option "Service" immédiatement applicable et instantanément reconnue par les instances administratives et les confrères d'autres spécialités. Elle confère de manière automatique l'existence et les moyens matériels minima qui s'y rattachent. Elle rend possible l'indispensable rattachement des salles de réveil, de soins intensifs, de déchoquage et autres à la spécialité. L'originalité de la spécialité d'AR pourra s'exprimer dans la gestion plus collégiale des services, leur désir d'évaluation, la remise en question réelle de leur chef tous les cinq ans, leur regroupement en "Départements" non plus géographiques mais basé sur des objectifs médicaux.

3.3. Recensement des zones ou des types d'activité existantes

Il est facile de faire la liste des "unités" d'activité de l'Anesthésie-Réanimation.

Certains d'entre elles présentent des caractéristiques qui, seule ou associées, justifient qu'elles soient érigées en services: il peut certes s'aGir de la taille, du volume d'activité, mais aussi de la spécificité de leur activité, ou de l'originalité de leur projet thérapeutique.

D'autres nécessitent des regroupements découlant d'une logique médicale (non pas d'un énième "charcutage" de circonstance), après concertation des membres de chaque unité.

3.4. Caractéristiques des structures de coordination

La réalisation de certains objectifs médicaux et de grands projets thérapeutiques rend nécessaire la présence de structure de coordination. **Celle-ci se mettra en place naturellement, car elle sera ressentie comme un besoin et non plus comme une contrainte ou un refuge**. On peut l'appeler "Département" par commodité. La composition de son Conseil de Direction et son fonctionnement sont fixés par un Règlement intérieur. Ce Conseil ne doit en aucun cas être limités aux chefs de service.

La cohérence des Départements par objectif médical peut être fondé simplement sur la notion d'Organe ou de Sphère, par exemple:

- "Département d'Anesthésie Réanimation Cardio Vasculaire";
- "Département d'Anesthésie Réanimation ORL Ophtalmo Stomato"

Mais cette cohérence peut obéir à d'autres logiques, par exemple:

- "Département d'Anesthésie Réanimation d'Urgence et Traumatologie" qui coordonne les activités de Services d'Anesthésie Réanimation en Orthopédie, d'un Service d'Anesthésie Réanimation Neuro Chirurgicale, du Service des Brûlés, du Service de Réanimation Chirurgicale, d'un Service d'Accueil d'Urgence
- "Département de la Douleur et de l'Anesthésie Ambulatoire" qui coordonne l'activité d'un Service d'Anesthésie Réanimation en Orthopédie, d'un Service d'Analgésie et Anesthésie Réanimation Obstétricale, d'un Service d'Anesthésie Réanimation Neuro Chirurgicale, d'un Service de Clinique de la Douleur
- "Département d'Anesthésie Réanimation de Greffe d'Organe" qui coordonne l'activité d'un Service d'Anesthésie Réanimation en Chirurgie Vasculaire, d'un Service d'Anesthésie Réanimation en Chirurgie Viscérale, d'un Service d'Anesthésie Réanimation en Urologie.

Trois dispositions doivent permettre la souplesse organisationnelle:

- Un seul Service peut s'ériger en Département, ce qui permet à des unités dont la logique voudrait qu'elles se coordonnent mais qui se jugeraient trop petites pour s'ériger en Service d'accéder à la fois à l'existence administrative et à la cohérence interne.
- Un Service pourrait, de manière ponctuelle, être coordonné par un Département donné pour certaines activités, et par un autre Département dans un autre domaine.
- L'organisation en Départements serait programmée pour cinq ans, ce qui permettrait une adaptation régulière à de nouveaux objectifs médicaux.

Le détail de l'organisation future doit être élaboré après concertation de tous les médecins de la spécialité. C'est un groupe de travail représentatif qui doit mettre en forme les conclusions et les propositions de la spécialité.

Les lieux attractifs seront ceux où se réaliseront des projets médicaux, où exerceront des médecins motivés pour les vouloir et où les moyens leur seront attribués.

CHARGE DE TRAVAIL, COUT, QUALITE DES SOINS ET STRUCTURES HOSPITALIERES

PROFESSEUR JEAN-MARIE CLÉMENT*

PROPOS RECEUILLIS PAR MAX ANDRE DOPPIA

REFLEXION SUR STRUCTURES ET CONCEPTS :

S'il faut assurément briser les icônes, il faut aussi faire attention à ne pas faire des erreurs d'anachronisme. En fait, la raison devrait amener à avoir une attitude plus réformiste que radicalement révolutionnaire.

Au plan historique, Jean-Marie CLÉMENT rappelle comment Robert DEBRÉ a été agoni d'insultes lorsqu'il a proposé l'organisation hospitalière fondée sur les activités médicales à temps plein. S'il n'a pu personnellement mener son projet à terme, son fils, Michel DEBRÉ a su profiter d'une crise politique majeure pour instituer les CHU par l'ordonnance du 30 décembre 1958, en permettant ainsi la rénovation totale des hôpitaux français. Pourtant à la suite de cette révolution culturelle, que Michel DEBRÉ a faite, le pouvoir administratif n'a pas su en opérer les mises à jour nécessaires pour faire vivre réellement ce texte, particulièrement le fait d'avoir beaucoup plus de postes médicaux que de professeurs d'université surtout à compter du numerus clausus restitué en 1972-74.

Mais le problème est-il lié à la structure ? Ainsi la " patrimonialité " du service est devenue totalement anachronique en cette fin de XX^{e} siècle. Il n'est pas possible de faire l'économie d'une réforme devenue aujourd'hui indispensable si l'on veut sauver l'esprit de l'hôpital public, c'est-à-dire le service public.

Ainsi, " organiser " n'est pas " diriger " ou " gérer ". Organiser, c'est donner du sens, c'est coordonner. Gérer est une toute autre démarche et il ne faut pas assimiler ces données en les superposant. Le directeur d'un EPS n'est pas un organisateur, c'est un gestionnaire qui n'a pas vocation à autre chose qu'à gérer au plan budgétaire. Son action trouve un sens, pour lui, dans les périodes de pénurie où la gestion prime sur toute autre considération et lors desquelles il peut faire montre de son savoir faire.

Il ne faut pas non plus faire un contresens fréquent et il faut se méfier du piège que peut constituer le concept séduisant de centre de responsabilité à partir du moment où la délégation de signature (temporaire) ne s'accompagne pas de la délégation de compétence. En effet, comment pourrait-on disposer d'un quelconque pouvoir sans en avoir les moyens ? Ce concept, s'il est mal " ficelé ", c'est-à-dire sans pouvoir réel n'aurait pour seule finalité que celle de faire illusion pour endormir les esprits et maintenir en place un vrai pouvoir administratif.

* *Professeur de Droit à l'Université Paris VIII, ancien Directeur d'Hôpital, membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.*

Alors le système est certainement au bord de l'éclatement. Mais quand ?

En cette fin de siècle, on a assisté en quelques décennies à une modification des concepts qui étaient puissamment ancrés dans le corps social et dans le corps médical. En effet :

- " l'assisté " est devenu " l'assuré " ;
- de la notion " d'hébergement sans soins " on est passé aux " soins sans hébergement " ;
- le " bénévolat " s'est mué en " salariat qualifié " ;
- la pratique " artisanale " s'est transformée en " industrie des soins ".

Des questions surgissent alors :

- Y a t-il une liaison entre les quatre variables (Taille, durée du travail, qualification, statut) ? Oui ! peut-on dire, mais deux par deux ! Mais, même s'il y avait une liaison, il y aurait pas de modèle mathématique pour la soutenir.
- Y a t-il un modèle institutionnel univoque ? Non ! Il y a **des** réponses institutionnelles, c'est la raison pour laquelle il faut faire extrêmement attention aux lois qui se succèdent et qui tentent de figer le modèle en le paralysant.
- Y a t-il un modèle professionnel ?

REFLEXION SUR LES COUTS :

Il n'est pas de définition officielle du coût qui pourrait être l'ensemble de moyens quantifiés en unités monétaires pour obtenir un produit ou une unité d'œuvre.Toute institution est amenée à changer par référence à une autre, par un phénomène de concurrence ou d'adaptation. Il est évident que nous n'avons pas de culture démocratique dans le secteur de l'hospitalisation. La vie va pourtant nous obliger, nous forcer à opérer une réflexion sur les coûts !

Quels sont les coûts en question aujourd'hui et comment les aborder ? Encore doit-on savoir de quel coût l'on parle : s'agit-il du coût :

- horaire ?
- journalier ?
- par pathologie ?
- par malade ?
- par lit ?

Remarquons qu'il n'existe pas de véritable comptabilité analytique ! Mais on peut tenter de déterminer des coûts selon des approches diverses.

- **Coût par catégorie de personnel** : IDE = 180 F/heure ; PH = 510 F/heure
  Directeur = 500 F/heure
- **Coût par malade** : Médecine = 2 500 F/jour soit 108 F/heure
  Chirurgie = 3 500 F/jour soit 150 F/heure
  Réanimation = 4 500 F à 6 000 F/jour soit 180 à 250 F/heure

Mais les coûts réels sont pour autant parfaitement occultés dans ce système à logique industrielle. Quels sont les coûts ? :

- de production
- de logistique
- d'administration
- du commercial ?

qui sont des données indissociables de la maîtrise de toute logique industrielle. Or nous sommes bel et bien passés au stade de production industrielle des soins.

QUID DE L'ELEMENT PRODUCTION DANS NOTRE SYSTEME HOSPITALIER ?

En chirurgie le chirurgien, en réanimation le réanimateur, aux urgences l'urgentiste !
Par exemple, le coût productif en réanimation :
8 lits à 5 000 F/jour = 40 000 F x 300 jours = 12 MF
4 réanimateurs doivent réaliser 12 MF par an / 4 = 3 MF chacun de chiffre d'affaires.

Est-on prêt à accepter ce raisonnement ? Si on est prêt à voir décoller le secteur concurrentiel, c'est-à-dire celui des cliniques ?
Notons que du fait de l'Europe, on va passer à une logique purement marchande !
En l'appliquant aux structures de soins, on remarque que les coûts diffèrent considérablement selon leur type :

Type de Structure	Coût lit Médecine /an	Charge de travail Nb heures/an	Spécification des soins	Absentéisme du personnel
Hôpital local	300 000 F/lit	1 750 h/an	Sans	4 à 5 %
CHU	800 000 F à 1,2 MF/lit	1 520 h/an	Importante	12 %
CHG	450 à 600 000 F/lit	1 650 h/an	Moyenne	8 %

On observe que plus la structure est importante, plus les coûts sont importants. Plus la structure est importante, plus la spécification est importante. Mais le problème est qu'en CHU, il y a confusion entre spécificité et " malades tout venant " d'où un dysfonctionnement permanent. Le problème est sans doute qu'il faut aujourd'hui adapter la voilure en fonction de ce que l'on veut faire, mais que cette adaptation ne se fait pas dans les CHU probablement parce que les " mandarins " manifestent souvent un besoin excessif de lits, donc d'agrégés, etc… pour maintenir non plus l'activité mais l'autorité et le pouvoir ou l'illusion d'un certain pouvoir.

QUID DES DIMINUTIONS DES DEPENSES A L'HOPITAL PUBLIC ? A NE SURTOUT PAS CONFONDRE AVEC DIMINUTION DES COUTS

Observons la structuration des dépenses hospitalières :

- 29 CHU 50 % de 232 milliards de francs
- 400 CHG 45 % de 232 milliards de francs
- 400 hôpitaux locaux seulement 5 % de 232 milliards de francs.

La fermeture des petites structures ne rapporteraient théoriquement que 5 % d'économies ! On voit donc qu'il faut agir impérativement sur les centres hospitaliers à coût élevé.

Si l'on observe la structure des dépenses hospitalières dans un établissement public, on constate les dépenses suivantes :

- personnel 68 %
- administration 8 %
- hôtellerie 3 à 4 %
- consommables médicaux 11 à 12 %
- pharmacie (y compris sang) 4 à 6 %
- investissement 3 à 4 %
- eau – gaz – électricité 2 %

Il s'en déduit " logiquement " que si l'on veut faire des économies, ce ne peut être que sur le personnel !

Or la qualité des soins est fonction de :

- La **qualification** des personnels qui doit être adaptée " à ce que l'on doit apporter au patient ", c'est dire que cela ne veut pas dire " sur" ou " sous-qualification ".
- La **quantité des personnels** : " heure par heure ", en fonction des flux !
- La **charge de travail** en fonction des pathologies traitées, qui diffèrent en permanence ;
- **L'organisation du travail** : si l'on n'a pas une maîtrise du flux, on ne pourra pas maîtriser les coûts.

CONCLUSION

Si l'on veut changer les coûts, ce qui devient indispensable, il faut :

- **ORGANISER c'est-à-dire faire un vaste état des lieux, démasquer les dysfonctionnements et leurs causes !**
- **Afficher une véritable VOLONTÉ de NÉGOCIER !**
- **Accepter et avoir le courage de REMETTRE EN CAUSE DES NŒUDS DE POUVOIR qui freinent tout changement actuellement. DEBLOQUER LA SOCIETÉ BLOQUÉE.**

Nous sommes en cette fin de siècle à l'orée d'une situation dans laquelle on a des rénovations d'organisation qui devront se faire.

L'autonomie des hôpitaux est inévitable, mais une autonomie réelle, ce qui n'est pas le cas actuellement puisque l'Etat intervient dans leur gestion et fixe leurs dépenses (cf. ARH).

Si l'on continue selon le mode organisationnel actuel, nous serons dépassés par la concurrence, non seulement française mais aussi européenne ! (De grosses sociétés internationales d'assurance ont des vues sérieuses sur des rachats d'hôpitaux).

Il faut donc responsabiliser le Conseil d'Administration et son président. Le directeur du C.H. doit être nommé par le CA. Les directeurs devraient pouvoir nommer les chefs de service, définir des centres de responsabilités. Reconfigurer les services et établir des conventionnements pour 5 années avec établissement de bilan d'exercice.

A défaut de procéder ainsi, beaucoup de médecins, de directeurs de CH vont quitter ce secteur public et seront partis d'ici quelques années, ce qui serait une remise en cause totale du service public.

On ne peut faire autrement qu'en donnant une autonomie aux hôpitaux ce qui sous-entend une véritable révolution culturelle à laquelle bien peu sont préparés.

Les PHAR, par leur situation transversale, par l'observation des conséquences de la situation actuelle, sont parmi les mieux placés pour stimuler ces changements.

DISCUSSION :

Jean GARRIC : *Pouvez-nous préciser quelle doit être, selon vous, la mission inaliénable du service public ?*

J.M. CLÉMENT : le minimum sur lequel on ne peut pas revenir, ce sont les urgences et tout ce qui est lié aux urgences. L'Etat ne peut se soustraire au financement des urgences.

Charles-Christian MIELLET *: CHU et soins de proximité ? Informatique hospitalière ?*

JMC : Il faut des soins de proximité qui ne sont pas à concentrer dans les CHU. Des unités de soins de proximité peuvent trouver leur place mais ne pas dépendre de la structuration hospitalo-universitaire dont on connaît la dérive des coûts.

M-A DOPPIA : **1 -** *En organisant le service des personnels hospitaliers selon le flux d'activité heure par heure, ne fait-on pas une impasse sur la notion d'équipe de soins avec ses mécanismes de récupération psychique et ne met-on pas en question une autorégulation fonctionnant selon un schéma plus dynamique qu'arithmétique avec des temps de repos possibles mais aussi des réponses positives lors de demandes élevées de soins à équipe constante.*

2 – *Les révolutions du siècle à venir ne paraissent pas prises en compte notamment le vieillissement de la population qui aura besoin de soins axés sur une demande et une offre relationnelle accrues difficilement compatibles avec une mobilité des personnels au sein d'une équipe de soins et d'autre part même si la volonté politique du maintien à domicile du vieillard est affichée ne se heurtera-t-elle pas à l'inconnue que constitue la formidable mutation de l'habitat et de l'urbanisme ? L'hôpital restera toujours le refuge pour les personnes démunies. Même les structures hyper-techniques accueilleront des vieillards qui auront besoin d'une dimension humaine et relationnelle développée en même temps que techniquement hautement spécialisée.*

JMC : Le maintien à domicile sera une nécessité et la tendance restera à l'ambulatoire trop peu développé chez nous. Quant à la dynamique d'équipe, elle doit pouvoir s'intégrer selon les choix des personnels et être plus organisée qu'actuellement.

Alain BOCCA : *La bi-appartenance n'est-elle pas un obstacle à l'évaluation de chacune des deux activités, hospitalière et universitaire ?*

JMC : C'est même pire, c'est une utopie managériale. Dans le plan Johannet, le coût par pathologie est la première phase et il y en aura d'autres à l'évidence…

Didier REA : *Quid des ordonnances de 58 ?*

JMC : Elles sont obsolètes. Il faut un système de conventionnement des professeurs.

Didier REA : *Le concept de " clinique ouverte " ?*

JMC : Il a été crée pour introduire le libéral dans le public et pour les petits CH, il devait permettre de conserver les spécialités de type ORL, OPH. Mais les expériences, de fusion Hôpital-Clinique c'est le mariage de la carpe et du lapin et tôt ou tard, dans ce concept c'est le privé qui l'emportera, c'est évident !

Richard TORRIELLI : *Votre position quant à la pratique libérale des PHTP ?*

JMC : Lorsque la question m'a été posée de l'opportunité d'introduire le libéral à l'hôpital j'avais mis en garde contre les dérives possibles, et j'avais répondu " à la limite, si vous y tenez tellement que cela, autorisez donc l'activité libérale, mais…. le samedi seulement !

M.A. DOPPIA : *Ne pensez-vous pas qu'il faille se mettre en garde contre la tentation de gérer les PHAR selon un schéma utilisé pour les IDE comme pratiqué avec les SIPS obligeant à une mobilité forcée ?*

JMC : Je crains toute solution dite rationnelle, qui est en fait une solution imposée par des personnes qui ont peur de gérer la complexité ; elles préfèrent simplifier ou créer des systèmes dans lesquels il faut faire entre le réel. En ce qui concerne votre activité rien ne pourra être mathématique et seuls des responsables pragmatiques pourront en permanence réguler le système entre l'offre et la demande.